

Milana Sirén & Terhi Tuominen

AKUUTIN KIVUNHOIDON TOTEUTUMI- NEN KIRURGISILLA VUODEOSAS- TOILLA KYMENLAAKSON KESKUS- SAIRAALASSA

Kyselytutkimus

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoitaja

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Milana Sirén Terhi Tuominen	Sairaanhoitaja (AMK)	Maaliskuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Akuutin kivunhoidon toteutuminen kirurgisilla vuodeosastoilla Kymenlaakson keskussairaalassa – Kyselytutkimus		85 sivua 22 liitesivua
Toimeksiantaja		
Carea, Kymenlaakson keskussairaala		
Ohjaaja		
Lehtori Anna-Maija Uusoksa		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää akuutin kivunhoidon toteutumista sairaanhoitajien näkökulmasta Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Tavoitteena oli selvittää, toteutuuko kivunhoito Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman akuuttia kivunhoitoa koskevan suosituksen mukaisesti, toteutuuko kivunhoito Carean toimintaohjeiden mukaisesti sekä millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajilla on kivunhoitoa kohtaan.</p>		
<p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Kyselyyn kuului kolme taustakysymystä, 26 suljettua kysymystä tai väittämää sekä neljä avointa kysymystä. Keskeisiä käsitteitä olivat kivun arviointi, kivunhoidon toteutus, potilasohjaus ja kirjaaminen. Kyselyn vastausaika oli kolme viikkoa ja se suoritettiin marras-joulukuussa 2017. Kysely lähetettiin sähköisessä muodossa 53 sairaanhoitajalle, joista 26 vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui siten 49,1 %. Kyselystä saadut vastaukset analysoitiin Webropol-ohjelman omaa analysointityökalua käyttäen. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysin menetelmin.</p>		
<p>Tutkimustulosten mukaan akuutin kivun hoito toteutuu sairaanhoitajien näkökulmasta pääsääntöisesti hyvin. Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman, akuuttia kivunhoitoa koskevan, suosituksen ja Carean sisäisten toimintaohjeiden tuntemisessa esiintyi vaihtelevuutta, mutta siitä huolimatta niiden sisältämät linjaukset toteutuvat käytännön hoitotyössä melko hyvin. Eniten epävarmuutta esiintyy lääkkeettömien hoitokeinojen tuntemisessa sekä niiden hyödyntämisessä osana kivunhoitoa. Tulosten mukaan sairaanhoitajilla on kuitenkin kattavat tiedolliset ja taidolliset valmiudet kivunhoidon toteutuksessa. Sairanhoitajat suhtautuvat vakavasti potilaan kipuun ja asennoituvat hoitamaan kipua parhaalla mahdollisella tavalla. Suurin osa sairaanhoitajista koki kivunhoidon toteutuvan osastollaan hyvin.</p>		
<p>Keskeisimmäksi kehittämis ehdotukseksi nousi sairaanhoitajien toive ja tarve saada täydennyskoulutusta kivunhoidosta. Lisäksi sairaanhoitajat toivoivat yhtenäisiä ohjeita ja toimintamalleja kivunhoidon toteutuksen tueksi. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää osastojen toiminnan kehittämisessä sekä täydennyskoulutusten suunnittelussa.</p>		
Asiasanat		
akuutti kipu, kivunhoito, kivun arviointi, lääkehoito		

Authors	Degree	Time
Milana Sirén Terhi Tuominen	Bachelor of Health Care	March 2018
Thesis title		
Implementation of acute pain management at surgical wards of Kymenlaakso Central Hospital		85 pages 22 pages of appendices
Commissioned by		
Carea, Kymenlaakso Central Hospital		
Supervisor		
Anna-Maija Uusoksa		
<p>Abstract</p> <p>The objective of this thesis was to assess the implementation of acute pain management from the nurse's point of view at surgical wards of the Kymenlaakso Central Hospital. The aim was to examine if the pain management follows the Nursing Research Foundation's recommendation of pain management, if the pain management pursues the directives of Carea and what kind of knowledge, practical skills and attitudes the nurses have towards the management of pain.</p> <p>The thesis is a quantitative study and the material was collected using the Webropol questionnaire software. The questionnaire contained three questions regarding the background of respondents, 26 closed questions and statements and four open questions. The main concepts for the study were pain assessment, pain management, patient guidance and entering the information into the patient data system. The Webropol questionnaire was open for three weeks in November and December 2017. The questionnaire was sent out to 53 nurses electrically, and the total number of respondents was 26. The response rate was hence 49.1%. The responses received through the survey were analysed by using the statistical tools of Webropol program. Content analysis was utilized to analyse the answers of the open questions.</p> <p>According to the results, acute pain management is mainly carried out well at the surgical wards from the viewpoint of the nurses. Some variability occurred in the nurses' knowledge of the Nursing Research Foundation's recommendation of the pain management and the internal directives of pain management of Carea. Nevertheless, in practical nursing the alignments included in the aforementioned recommendations and directives are followed quite well. Lack of knowledge of non-medical treatment and how to utilize it as a part of pain management caused the most significant uncertainty among the nurses. Based on the results, the nurses have, however, comprehensive educational and practical level of readiness in the implementation of pain management. Nurses take seriously the pain of a patient and are ready to treat pain in the best possible way. Most of the nurses felt that pain management was well put into practice in their wards.</p> <p>The need for further education in pain management was highlighted by the nurses as the most essential development proposal. In addition, the nurses expressed a wish for common guidelines and practical instructions to support acute pain management. The results of the thesis can be utilized in the development of the operations of the surgical wards and in planning further education for the nurses.</p>		
Keywords		
acute pain, pain assessment, pain management, medical treatment		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	7
3	KIPU	7
3.1	Kivun synty	7
3.2	Akuutti ja postoperatiivinen kipu	8
4	HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖN SUOSITUS	10
5	CAREAN TOIMINTAOHJEET	11
6	SAIRAAHOITAJAN TIETOTAITO	11
6.1	Kivun tunnistaminen ja arviointi	12
6.2	Kivun lääkkeellinen hoito	15
6.2.1	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	17
6.2.2	Opioidit.....	18
6.2.3	Tukilääkkeet.....	19
6.2.4	Puudutusmenetelmät	20
6.3	Kivun lääkkeetön hoito.....	21
6.3.1	Fysiologiset menetelmät	21
6.3.2	Kognitiiviset menetelmät	23
6.4	Potilasohjaus kivunhoidossa.....	24
6.5	Kivunhoidon kirjaaminen.....	27
7	SAIRAAHOITAJAN ASENTEELLISET VALMIUDET KIVUNHOIDOSSA	30
8	HOITOTYÖN LAADUN VARMISTAMINEN JA TÄYDENNYSKOULUTUKSET	32
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	35
9.1	Yhteistyötaho ja kohderyhmä	35
9.2	Tutkimusmenetelmä	37
9.3	Saatekirjeen ja kyselylomakkeen laatiminen	38
9.4	Tutkimusaineiston keruu.....	40
9.5	Aineiston analysointi	40

9.6	Aikataulu.....	41
10	TUTKIMUKSEN TULOKSET	42
10.1	Taustakysymykset	42
10.2	Hoitotyön tutkimussäätiön suositus.....	44
10.3	Carean toimintaohjeet.....	44
10.4	Kivun tunnistaminen ja arviointi	46
10.5	Kivun lääkkeellinen hoito	48
10.6	Kivun lääkkeetön hoito.....	50
10.7	Potilasohjaus kivunhoidossa.....	52
10.8	Kivunhoidon kirjaaminen.....	54
10.9	Sairaanhoitajan asenteelliset valmiudet kivunhoidossa	56
10.10	Hoitotyön laadun varmistaminen ja täydennyskoulutukset	58
10.11	Kivunhoidon toteutuminen	59
11	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	62
11.1	Yhteenvedo tuloksista.....	62
11.2	Taustamuuttujien vaikutus tutkimustuloksiin	64
11.3	Tutkimustulosten vertaaminen aiempiin tutkimustuloksiin	71
11.4	Validiteetti ja reliabiliteetti	73
11.5	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	76
11.6	Jatkotutkimusehdotukset	78
	LÄHTEET.....	80

LIITTEET

- Liite 1. Muuttujaluettelo
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Kyselylomake
- Liite 4. Tutkimuslupa
- Liite 5. Sisällönanalyysitaulukko kysymyksestä 19
- Liite 6. Sisällönanalyysitaulukko kysymyksestä 20
- Liite 7. Sisällönanalyysitaulukko kysymyksestä 29
- Liite 8. Sisällönanalyysitaulukko kysymyksestä 33
- Liite 9. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

Kipu on määritelty epämiellyttäväksi tunne- ja aistikokemukseksi, johon liittyy jo tapahtunut tai uhkaava kudосsvaurio tai jota kuvataan kudосsvaurion termein (International Association for the Study of Pain 2012). Kipu on jokaiselle henkilökohtaista, ja voimakkuudeltaan samanlainen kipu koetaan henkilöstä riippuen eri tavalla. Näin ollen kipua kokeva henkilö on paras asiantuntija kipunsa suhteen. (Salanterä ym. 2006, 7–8.)

Suomen perustuslaissa on säädetty julkisen vallan velvollisuudesta turvata kaikille kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Kansalaisten perusoikeuksiin kuuluu oikeus kattavaan terveyden- ja sairaanhoitoon, johon myös kivunhoito lukeutuu. Kivun tunnistaminen ja hoitaminen voidaan luokitella terveydenhuollon perustehtäviin, sillä sairaalaan tulevista potilaista noin 40 % hakeutuu hoitoon kivun vuoksi. (Haanpää 2009, 509; Salanterä ym. 2006, 11, 75.) Akuutin kivun tehokas hoito koostuu kivun arvioimisesta, kattavasta potilasohjauksesta sekä tehokkaista kivun hoitomenetelmistä. Onnistunut kivunhoito edellyttää henkilökunnalta riittävää osaamista kivusta sekä kivunhoidosta. (Salanterä ym. 2006, 83, 91, 107, 176.) Kivun hoitotyön suositukset ja toimintaohjeet on kehitetty yhtenäistämään kivun hoitotyön käytäntöjä sekä edistämään aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön potilaslähtöisyyttä ja oikea-aikaisuutta (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 4–5).

Tämän tutkimuksen aihe on lähtöisin Kymenlaakson keskussairaalan tarpeesta kartoittaa akuutin kivun hoitotyön toteutumista kirurgisilla vuodeosastoilla. Akuutin kivunhoidon toteutumista on tutkittu viime vuosina runsaasti hoitotyön näkökulmasta. Aihe on tutkimuskohteena ajankohtainen ja tärkeä, sillä kivun hoitotyön osaamista vaaditaan jokaisessa hoitotyön toimintaympäristössä. Aiheen valintaan vaikuttikin sen merkityksellisyys ja tiedon monipuolinen hyödynnettävyys. Akuutti kipu on käsitteenä laaja, ja monet eri syyt voivat aiheuttaa akuutin kipukokemuksen. Työtä tilaavat osastot ovat kuitenkin perimmäiseltä tarkoitukseltaan kirurgisia osastoja, jonka vuoksi olemme tässä työssä keskittyneet pääosin postoperatiivisen kivun hoitoon.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää akuutin kivunhoidon toteutumista sairaanhoitajien näkökulmasta Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Tarkoituksena on selvittää, toteutuuko kivunhoito Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman suosituksen mukaisesti, toteutuuko kivunhoito Carean toimintaohjeiden mukaisesti sekä millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajilla on kivunhoitoa kohtaan. Varsinaisten tutkimusongelmien lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin, miten sairaanhoitajat kokevat kivunhoidon toteutuvan kirurgisilla vuodeosastoilla ja minkälaisia kehittämissuhteita heillä on kivunhoidon toteutusta koskien.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Toteutuuko kivunhoito Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman akuuttia kivunhoitoa koskevan suosituksen mukaisesti?
2. Toteutuuko kivunhoito Carean toimintaohjeiden mukaisesti?
3. Millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajilla on kivunhoitoa kohtaan?

3 KIPU

Kivun biologinen tarkoitus on viestittää vammasta tai sairaudesta, ja kipuaisti on ihmiselle merkityksellinen hengissä selviytymisen sekä kudosvaurioiden välttämisen kannalta. Kipukokemuksen ansiosta ihminen oppii lapsesta saakka varomaan esimerkiksi teräviä tai polttavan kuumia asioita. Kivun tuntemista edeltää monimutkainen reaktio, joka koostuu sähköisistä ja kemiallisista tapahtumista. (Vainio 2004, 17, 25–26.)

3.1 Kivun synty

Kivun prosessi etenee vaiheittain kudoksesta selkäytimen kautta aivoihin. Etenkin ihossa, luukalvossa, sidekudoksessa ja sisäelinten kalvoissa on paljon hermopäätteitä, joita kudostuho aktivoi. Aktivoituminen aiheuttaa sähkökemiallisia impulsseja, joiden taajuus kertoo ärsykkeen voimakkuudesta. Tapahumasarja saa aikaan sähkökemiallisen viestin. Hermoston kipuradaksi kutsuttu osa välittää näitä aktivaatioita eli kipuviestejä. (Kalso & Kontinen 2009,

76; Kalso 2009a 107; Vainio 2004, 25–26.) Kipuviesti etenee hermosoluista edelleen tiettyihin keskushermoston osiin. Kivun muuntelu tapahtuu selkäytimen takasarvessa. Takasarveen kerääntyy kipua lisäävää tai kipua estävää kipuinformaatiota kudoksista sekä keskushermostosta. Esimerkiksi morfiinin kaltainen kipulääke tai stressi voi aktivoida kipua lievittäviä hermoratoja. Stressi onkin selitys sille, miksi osa vaikeasti loukkaantuneista potilaista ei tunne heti merkittävää kipua. Selkäytimen hermopäätteistä impulssit etenevät aivorunkoon, talamukseen ja aivokuorelle. (Kalso & Kontinen 2009, 76; Vainio 2004, 27–28.) Myös kemialliset välittäjäaineet toimivat osana kipujärjestelmää. Niiden vaikutus voi olla joko suoraan kipuhermoja aktivoiva tai kudoksien ärsytysherkkyyttä lisäävä. Kipujärjestelmään vaikuttavia välittäjäaineita ovat muun muassa bradykiniini, prostaglandiini ja asetyylikoliini. (Kalso & Kontinen 2009, 80–81, 83.)

Kipuhermojen aktivaatio johtaa lopulta kivun omakohtaiseen kokemiseen ja kudოსvauriosta voi seurata monenlaisia kiputuntemuksia. Kipu lyhyen ja voimakkaan ärsyksen jälkeen ilmenee usein kahtena erilaisena tuntemuksena; ensin lyhytkestoisena ja terävänä, ja hetken päästä pidempikestoisena ja tylppänä kipuna. (Kalso & Kontinen 2009, 76, 79–80; Vainio 2004, 26.)

3.2 Akuutti ja postoperatiivinen kipu

Akuutti kipu on äkillisesti alkanutta, kestoaltaan rajallista ja yleensä ohimenevää kipua. Se on pääsääntöisesti nosiseptiivistä eli kudოსvauriosta tai kudოსärsytyksestä johtuvaa kipua. Akuutti kipu liittyy usein leikkaukseen, traumaan tai äkilliseen sairastumiseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 78; Mustajoki ym. 2007, 529; Schug ym. 2015, 25.)

Akuutti kipu on tarkoituksenmukainen hälytysmerkki, joka ilmoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 5). Akuutti kipu antaa elimistölle varoituksen kudოსvauriosta ja siten suojelee elimistöä. Se estää lisävaurioiden syntymisen väistöheijasteen ansiosta, joka aiheuttaa kipua aiheuttavasta ärsykkeestä pois päin vetäytymisen. Akuuttiin kipuun liittyvät luonnolliset reaktiot, lepo ja varominen, edesauttavat kudosten paranemisprosessia. Akuutin kipukokemuksen aikana elimistö pyrkii kompensoimaan tärkeitä

elintoimintoja muun muassa ylläpitämällä verenpainetta. (Kassara ym. 2005, 352; Kalso 2009a, 105.)

Akuutin kivun aiheuttajamekanismi on usein tiedossa. Akuutti kipu on potilaalle mielekästä kipua, sillä sen syy tiedetään ja sitä pystytään hoitamaan tehokkaasti. Akuutti kipu lievenee kudოსvaurion paranemisen myötä nopeasti usein jo päivien tai viikkojen kuluessa hyvän kivunlievityksen ansiosta, ja häviää lopulta kudოსvaurion parantuessa. Hoitamattomana tai huonosti hoidettuna akuutti kipu voi johtaa kivun kroonistumiseen, jolloin kivusta tulee pitkäaikaista. Kivun ja kudოსvaurion asianmukaisella hoidolla voidaan ehkäistä kivun kroonistumisen riskiä. (Kalso 2009a, 105–106.)

Postoperatiivisella kivulla tarkoitetaan leikkauksenjälkeistä akuuttia kiputilaa. Leikkauksenjälkeinen kipu on lyhytkestoista, voimakkuudeltaan vaihtelevaa ja ohimenevää kipua. (Holmia ym. 2008, 71; Hamunen & Kalso 2009, 278.) Postoperatiivisen kivun syynä on leikkauksen aiheuttama kudოსvaurio ja turvotus. Lisäksi toimenpiteen yhteydessä potilaan ihoon mahdollisesti asetetut dreenit eli laskuputket voivat lisätä kipukokemusta. (Kivunhallintatalo 2016.) Leikkauksenjälkeinen kipu on yleensä vaaratonta ja se helpottuu, kun kipua hoidetaan. Se on voimakkaimmillaan heti leikkauksen loputtua, kun anestesia-aineet ovat suurimmaksi osaksi lakanneet lievittämästä kipua. Kipu on usein voimakasta myös seuraavina kolmena vuorokautena toimenpiteen jälkeen. (Holmia ym. 2008, 71; Salomäki & Laurila 2014, Haasteellinen kipu.)

Leikkauksenjälkeisen kivun voimakkuus, kesto ja laatu vaihtelevat leikkaustyyppin, potilaan kipuherkkyyden sekä kudოსvaurion laadun ja määrän mukaan (Holmia ym. 2008, 71; Hamunen & Kalso 2009, 281; Kontinen & Hamunen 2015). Kivun voimakkuus riippuu usein toimenpiteen kohteena olleen kudoksen kipuherkkyydestä. Muun muassa hermovaurion aiheuttamat kiputilat ovat usein erittäin voimakkaita. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Niin kutsuttujen pintaleikkausten, kuten esimerkiksi kilpirauhasen tai rintarauhasen leikkausten, jälkeinen kipu on pääosin haavakipua, eikä kivunhoitoa yleensä koeta ongelmallisena näiden leikkausten jälkeen. Ortopediset leikkaukset saattavat puolestaan aiheuttaa hyvinkin voimakkaita kiputiloja. Orto-

pedisten leikkausten kuntoutumisvaiheessa etenkin ensimmäinen liikkeelle-lähtö toimenpiteen jälkeen koetaan usein kivuliaaksi. Kaikista kivuliaimpina leikkauksina pidetään ylämahaan ja munuaisiin kohdistuvia leikkauksia sekä leikkauksia, joissa avataan rintaontelo. Näiden leikkausten jälkeen kivut vaikeuttavat sijaintinsa vuoksi muun muassa hengittämistä. Lisäksi esimerkiksi suolenpoistoleikatuista avoleikatut ovat usein kivuliaampia kuin tähystysleikkauksen läpikäyneet potilaat. (Ahonen ym. 2014, 109; Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 11; Holmia ym. 2008, 71; Kalso ym. 2009b, 281–282; Salomäki & Laurila 2014, Haasteellinen kipu.) Leikkaustyyppiä merkittävämpänä tekijänä kivun kokemisessa pidetään kuitenkin potilaskohtaisia tekijöitä, sillä saman toimenpiteen aiheuttaman kivun voimakkuus ja kesto vaihtelevat suuresti eri potilaiden välillä (Kontinen & Hamunen 2015).

4 HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖN SUOSITUS

Kivunhoidon yhtenäistämiseksi on kehitetty erilaisia suosituksia, ohjeita ja lausumia. Nämä käytännössä määrittävät hoitotyön laatua, vaikka eivät olekaan lainvoimaisia säädöksiä. (Haanpää 2009, 509.) Kivunhoidon eri hoitomuotoja tutkimalla saadaan näyttöä eri hoitojen tehosta tai tehottomuudesta. Hoitomenetelmien kriittinen arviointi kannattaa myös kulujen vuoksi, jotta vasteettomasta hoidosta ei aiheutuisi turhia kustannuksia potilaalle tai yhteiskunnalle. Näyttöön perustuva lääketiede pyrkii yhdistämään viimeisintä ja luotettavinta tutkittua tietoa kliiniseen kokemuksen tuomaan tietoon, jolloin saadaan käsitys parhaista hoitomenetelmistä. Hoitosuosituksiset rakentuvat tämän tiedon pohjalta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016; Kalso ym. 2009b, 172–173.)

Hoitotyön tutkimussäätiö toimii Suomen tasolla pyrkien yhtenäistämään hoitokäytäntöjä parhaan tutkimusnäytön perusteella. Tutkimusnäytöllä ja yhtenäisillä käytännöillä pyritään tasa-arvon toteutumiseen hoidon laadussa; hoidon tulisi olla korkeatasoista riippumatta hoidon toteuttajasta tai hoitopaikasta. Suositukset tuovat parhaan tutkimustiedon yksittäisen hoitotyöntekijän saataville, jotta hänellä olisi resursseja hoitoon liittyvään päätöksentekoon potilasta eniten hyödyttävällä tavalla. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016.) Laajasti tunnetut Suomen Lääkäriseura Duodecimin julkaisemat Käypä hoito -suositukset eivät sovellu työssämme tarkasteltaviksi, sillä kivunhoitoa koskeva suositus ei käsittele akuuttia leikkauksen jälkeistä kipua.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suosituksen tarkoituksena on tiivistää tieteellinen näyttö liittyen kirurgisten toimenpiteiden jälkeisen lyhytaikaisen kivun hoitamiseen. Suositus käsittelee kivunhoitoa jaettuna kahdeksaan osa-alueeseen. Näitä ovat kivun arviointi, kivun tunnistaminen, kivun lääkehoito, muiden kivun hoitomenetelmien käyttö, potilaan voinnin seuranta kivunhoidon aikana, potilasohjaus, kirjaaminen sekä hoitotyön laadun seuranta. Suositus painottaa muun muassa potilasohjauksen tärkeyttä, säännöllistä kivun arviointia ja kipumittarien käyttöä, lääkehoidon toteuttamista yksilöllisesti potilaan tarpeisiin perustuen sekä mallien mukaista kirjaamista. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 3–4, 8–10.) Tässä työssä suosituksen jokaisen osa-alueen sisältöä on avattu tarkemmin asiaa käsittelevässä luvussa.

5 CAREAN TOIMINTAOHJEET

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea on laatinut yksikön sisäisiä toimintaohjeita henkilöstön toiminnan tueksi. Toimintaohjeiden tarkoitus on tukea hoitotyön laadukasta toteutumista. Toimintaohjeet ovat henkilöstön saatavilla sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmän sisäisten kansiodien kautta. Käsittelemämme toimintaohjeet koskevat postoperatiivisen ja akuutin kivun hoitotyötä. Tässä työssä toimintaohjeiden sisältöön on perehdytty eri osa-alueita käsittelevissä luvuissa.

6 SAIRAANHOITAJAN TIETOTAITO

Jokainen potilas on oikeutettu hyvään kivunhoitoon, ja sairaanhoitajalla on lain nojalla velvollisuus helpottaa potilaan kipua. Hyvin toteutettu kivunhoito edistää potilaan toipumista, voi ehkäistä komplikaatioita sekä lyhentää leikkauksesta johtuvaa sairauslomaa. Myös sairastuvuuden ja kuolleisuuden on todettu vähenevän laadukkaamman kivunlievityksen myötä. Hoitaakseen akuuttia postoperatiivista kipua parhaalla mahdollisella tavalla tulee sairaanhoitajalla olla laaja-alaista tietoa kivun syntymekanismeista sekä ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta. Hyvä kivunhoito perustuu yksilölliseen ja laadukkaaseen suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin sekä moniammatilliseen yhteistyöhön eri ammattiryhmien kesken. (Ahonen ym. 2014, 109–110.)

6.1 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kivun kokeminen on yksilöllistä. Hoitohenkilökunta ei voi yksin arvioida potilaan kipua, sillä kipukokemus on aina henkilökohtainen. Ihmisen oma näkemys ja kokemus kivusta on kivun tunnistamisen lähtökohta. Kivunhoitoa ohjaa kivun järjestelmällinen ja säännöllinen mittaaminen. (Kontinen & Hamunen 2015; Salanterä ym. 2006, 75, 78.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksessa kerrotaan kivun voimakkuuteen liittyvistä riskitekijöistä otsikolla Potilaan kivun tunnistaminen. Useat eri tekijät voivat vaikuttaa kipua lisäävästi, ja hoitotyön ammattilaisen tehtävä on huomioida nämä tekijät kipua arvioidessaan. Tutkimuksissa on todettu leikkausta edeltävästi pelokkaiden, ahdistuneiden ja masentuneiden potilaiden tuntevan voimakkaampaa kipua toimenpiteen jälkeen. Myös leikkausta edeltävä, voimakas kipu ennakoi leikkauksen jälkeisen kivun olevan voimakas verraten kontrolliryhmään. Sukupuolivertailussa naisilla on näissä tutkimuksissa todettu miehiä matalampi kivunsietokynnys. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 10–11.)

Kivun arvioinnissa Hoitotyön tutkimussäätiön suositus painottaa potilaan omaa arviota kivusta. Suosituksesta selviää, että hoitajat usein aliarvioivat potilaan kipua, jolloin kivun hoitaminen jää riittämättömäksi ja komplikaatiot lisääntyvät. Kirjausten perusteella myöskään kivun säännöllinen mittaaminen ja kirjaaminen eivät aina toteudu, vaikka näiden toimintojen säännöllisyydellä voitaisiin edistää kivunhoidon tehoa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 12, 14.)

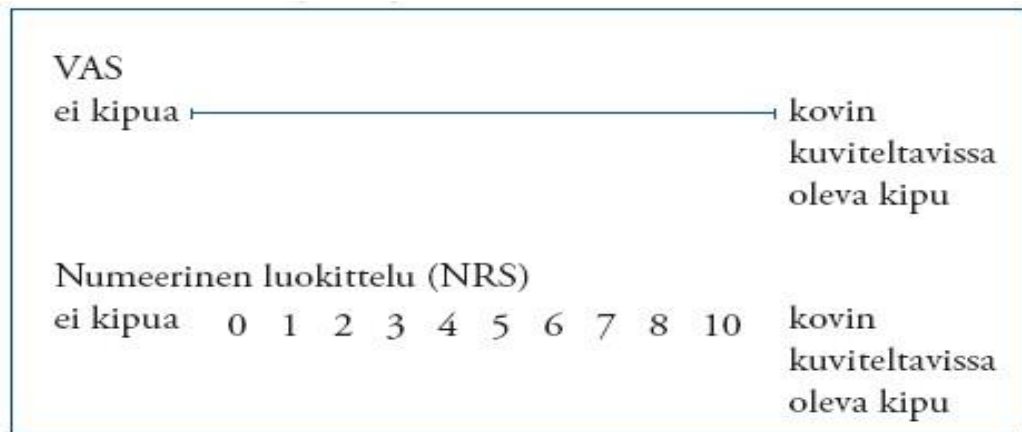
Potilaan ollessa levossa kivuton saattaa liikkeisiin liittyvä kipu hankaloittaa esimerkiksi syvään hengittämistä, kuntoutusta tai liikkeelle lähtemistä. Kipua arvioidaan aina ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon. Kivusta on tärkeää kysyä tarkentavia kysymyksiä, sillä kivun voimakkuuden lisäksi myös kivun keston ja laadun arviointi kuuluu kokonaisvaltaiseen kivunhoitotyöhön. Potilaan kertoma kivun voimakkuus suhteutetaan toimintakykyyn ja annettavaan kivun lievitykseen. Leikkauksenjälkeisessä kivunhoidossa täydellinen kivuttomuus ei usein ole realistinen tavoite, mutta kivun voimakkuus pyritään pitämään lievänä. Onnistunut kivunhoito edellyttää kivun säännöllistä ja asianmukaista arviointia. (Kontinen & Hamunen 2015; Salanterä ym. 2006, 75, 78, 84.)

Hoitotyön tutkimussäätiö korostaa kivun mittaamista eri tilanteissa, esimerkiksi yskimisen aikana kipu on usein voimakkaampaa. Myös kivun sijaintia tulee kysyä potilaalta, sillä kipu voi tuntua huomattavan suurella ja vaihtelevalla alueella leikkausalueeseen nähden. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 12–14.) Carean toimintaohjeet painottavat myös potilaan omaa arviota kivun luonteesta sekä sijainnista. Leikkauksenjälkeistä kipua mitattaessa arvioidaan lepo- ja liikkekivun voimakkuutta. Tavoitteena on pitää kivun voimakkuus levossa numeerisella asteikolla alle kolmen ja liikkeessä alle neljän. Akuutin kivun voimakkuutta tulee seurata kahdesti työvuoron aikana. Mikäli kipu ylittää neljän, tulee kokeilla muita keinoja kivun lievittämiseksi ja tarpeen vaatiessa on konsultoitava anestesia lääkäriä. (Carean toimintaohjeet 2011; Carean toimintaohjeet 2012a.)

Kivun arvioinnin apuvälineeksi on kehitetty runsaasti erilaisia kipumittareita, joista suurin osa on kehitetty kivun voimakkuuden mittaamiseen. Kipumittarin luotettavuus ja potilaan omat mieltymykset vaikuttavat kipumittarin valintaan. Toisille kivun arvioinnissa numeroiden hyödyntäminen on luonnollista, toiset kokevat esimerkiksi kipukiilan paremmaksi. Kun kipumittari on valittu, se kirjataan potilaan asiakirjoihin ja samalla mittarilla arvioidaan potilaan kokemaa kipua koko hoitojakson ajan. Tunnetuimmat kivun voimakkuuden arviointiin käytetyt kipumittarit ovat kipujana tai kipukiila (visual analogue scale eli VAS), numeerinen kipumittari (numerical rating scale eli NRS) sekä sanallinen kipumittari (verbal descriptor scale eli VDS). Lisäksi lasten kivun arviointiin on kehitetty kipukasvomittareita, joissa kivun voimakkuutta kuvaavat erilaisilla ilmeillä varustetut kasvot. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 12–13; Salanterä ym. 2006, 83–84.)

Kipujana (VAS) on 100 millimetrin pituinen jana, jonka toinen pää kuvastaa kivuttomuutta ja toinen pää pahinta mahdollista tai sietämätöntä kipua. Potilas osoittaa janalta kohtaa, mikä kertoo kuinka voimakasta kipua potilas arvioi kokevansa. Numeerisessa kipumittarissa (NRS) on 10-portainen asteikko, jonka avulla potilas arvioi kipuaan. Asteikolla 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua, muut arvot jäävät näiden välille (kuva 1). Sanallisen kipumittarin (VDS) avulla kipua arvioidaan sanallisessa muodossa asteikolla

”ei lainkaan kipua, lievää kipua, kohtalaista kipua, voimakasta kipua, erittäin voimakasta kipua ja sietämätöntä kipua”. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 12; Salanterä ym. 2006, 84–85.)



Kuva 1. VAS-jana ja kivun numeerinen luokittelu (Haanpää ym. 2008)

Kipua arvioitaessa potilaalta kysytään, minkälaista kipu on. Potilas voi kuvata kivun laatua sanallisesti erilaisilla adjektiiveilla kuten pistävä, polttava, tylppä tai terävä. Kivun kestosta halutaan selvittää sen ilmeneminen toimintojen ja ajan suhteen. Jotkin toiminnot, esimerkiksi tietty liike, saattaa provosoida kipua tai kipu voi esimerkiksi ilmetä voimakkaimpana aamuisin. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen mukaisesti kipua arvioitaessa tulee tarkkailla potilaan kipukäyttäytymistä eli potilaan tapaa ilmaista kipunsa. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kohdalla kipukäyttäytymisen arviointi on ainut luotettava kivun arvioinnin menetelmä. Kivun arviointiin on myös kehitetty erilaisia havainnointimittareita, mutta niiden luotettavuuden tutkiminen on vielä kesken. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 12, 14–15; Salanterä ym. 2006, 76.)

Kasvojen ilmeet, valittaminen, vaikerointi ja ärtyneisyys ovat oleellinen osa kipua osoittavaa käyttäytymistä. Kasvojen ilmeet ovat luotettavimpia kivun arvioinnin menetelmiä erityisesti vastasyntyneiden kohdalla. Aikuisilla kivun arviointi kasvojen ilmeiden perusteella ei ole yhtä selkeää, mutta kipuun viittavina merkkeinä pidetään tuimaa ilmettä, irvistystä ja otsan rypistymistä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 14–15; Salanterä ym. 2006, 75–78.)

Kivusta viestittävät myös kehon liikkeet. Kivun merkkejä voivat olla liikkumattomuus tai hitaat liikkeet, jännittynyt vartalo ja levoton liikehdintä. Ihminen saattaa suojata kivuliasta paikkaa kädellään tai viemällä käden lähelle kivuliasta paikkaa kuitenkin koskematta siihen. Kipu lisää itkuherkkyyttä, niin lapsilla kuin aikuisillakin, ja kyynelehtiminen saattaa olla kivun merkki. Kipu voi aiheuttaa myös ruokahaluttomuutta sekä muutoksia päivittäisiin ja henkisiin toimintoihin. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 14–15; Salanterä ym. 2006, 75–78.)

Kivun arvioinnissa on huomioitava lisäksi mahdolliset kivun aiheuttamat fysiologiset muutokset, jotka ilmenevät sympaattisina tai parasympaattisina oireina. Sympaattiset oireet vaikuttavat muun muassa potilaan ääreisverenkiertoon, sydämensykkeeseen sekä verenpaineeseen. Sydämen syke ja verenpaine nousevat, hapenkulutus kasvaa tai potilaan iho on hikinen ja kalpea. Parasympaattiset oireet ilmenevät potilaan hidastuneena sydämen sykkeenä, verenpaineen laskuna, virtsanerityksen hidastumisena tai ruuansulatuskanavan eritteiden määrän lisääntymisenä. (Salanterä ym. 2006, 76.)

Myös Hoitotyön tutkimussäätiön suositus korostaa fysiologisten toimintojen tarkkailusta etenkin korkean verenpaineen, tiheän pulssin sekä hengityksen muutosten yhteyttä kipuun (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 14). Peruselintoimintoja mittaamalla kivun arviointi on kuitenkin epävarmaa, sillä kivun lisäksi peruselintoimintoihin vaikuttavat myös esimerkiksi potilaan lääkitys, sairaudet, tunnetila ja toiminta. Peruselintoimintojen mittaamista osana kivun arviointia joudutaan silti käyttämään muun muassa tajuttoman potilaan hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 75–76.)

6.2 Kivun lääkkeellinen hoito

Lääkkeellisen kivunhoidon tavoite on kivun tehokas lievittyminen, käyttäen kivun syntymekanismin ja voimakkuuden mukaista lääkettä (Hamunen & Kalso 2009, 293; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 566). Perinteisesti leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan säännöllisellä tulehduskipulääkkeellä tai parasetamolilla ja tarvittaessa suoneen tai lihakseen annosteltavilla opioideilla. Osalle potilaista jo pelkästään tulehduskipulääkitys riittää postoperatiiviseksi kivun-

hoidoksi. Kivun lääkehoidossa korostuu annostelun säännöllisyys. Kipulääkityksen tarve arvioidaan aina potilaskohtaisesti. (Carean toimintaohjeet 2011; Hamunen & Kalso 2009, 282–283.)

Kivunhoidon periaatteiden mukaisesti (taulukko 1) lääkkeiden annostelu toteutetaan suun kautta, mikäli se on mahdollista. Suun, suonen tai lihaksen kautta annosteltavien lääkkeiden lisäksi käytössä on myös spinaali- ja epiduraalikaetripuudutuksia. Myös haavan alue voidaan puuduttaa paikallisesti. (Ahonen ym. 2014, 110.) Lääkkeitä tuleekin käyttää monipuolisesti, tarpeen mukaan annostellen myös vahvempia kipulääkkeitä. Multimodaalinen analgesia tarkoittaa kivunhoitoon tarkoitettujen, eri mekanismeilla vaikuttavien lääkeaineiden yhdistelyä. Menetelmän etuna ovat pienet lääkeainemäärät, mikä osaltaan vähentää lääkkeiden haittavaikutuksia. (Hamunen & Kalso 2009, 282–283; Kontinen & Hamunen 2015.)

Taulukko 1. Yhteenveto leikkauksen jälkeisen kivunhoidon periaatteista (muokattu Hamunen & Kalso 2009, 293)

1. Postoperatiivisen kivunhoidon toteutus suunnitellaan leikkausta edeltävästi.
2. Kipua mitataan ja arvioidaan säännöllisesti leikkauksen jälkeen.
3. Kivunhoidossa pyritään eri mekanismeilla vaikuttavien kipulääkkeiden yhtäaikaiseen käyttöön.
4. Peruslääkkeeksi aloitetaan aina tulehduskipulääke tai parasetamoli, mikäli ne eivät ole vasta-aiheisia.
5. Voimakkaaseen kipuun voidaan annostella opioideja suun, lihaksen tai suonen kautta.
6. Leikkaustyyppistä riippuen käytetään puudutusmenetelmiä.
7. Kivun salliessa lääkkeiden annostelu toteutetaan suun kautta mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen.
8. Tarvittava seuranta ja kirjaaminen huomioidaan myös erityistekniikoita käytettäessä (esimerkiksi epiduraalinen kivunhoito).
9. Leikkauksen jälkeen tulee lisäksi huomioida kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden peruskipulääkitys.

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen mukaan suun kautta toteutettu kivunhoito on lisännyt potilastyytyväisyyttä ja vähentänyt leikkauksen jälkeistä riskiä delirium- eli sekavuustilaan iäkkäiden potilaiden kohdalla. Hoitajien keskuu-

nessa potilaan lääkitseminen kivun varalta ennen aktiviteetteja koetaan tärkeäksi. Tällä tarkoitetaan tyypillisesti kipulääkkeen antoa liikeharjoituksia edeltävästi ennaltaehkäisevässä tarkoituksessa. Suosituksesta nousee esille, ettei lääkkeitä kuitenkaan aina anneta potilaan kivun ja tarpeen mukaisesti, vaan pikemminkin mukaillen organisaation lääkkeenjakkokulttuuria. Etenkin muistisairaiden potilaiden kivunhoito jää usein riittämättömäksi. Kivunhoitoa voidaan tehostaa esimerkiksi PCA-kipupumpulla tai epiduraalisella kivunhoidolla. Kivunhoito vaatii kuitenkin aina lääkärin laatiman määräyksen kipulääkkeen käytöstä, ja esimerkiksi lonkkaleikatuilla potilailla ei aina ole ollut asianmukaisia määräyksiä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 16.)

Suosituksista ilmenee, että potilaat ovat usein tyytyväisiä saamaansa hoitoon, vaikka olisivatkin kärsineet hoidon aikana kovaa tai kohtalaista kipua. Potilaat eivät oma-aloitteisesti kertoneet kokemastaan kivusta tai pyytäneet lievitystä siihen. Kipulääkitys saatettiin kokea riittämättömäksi, mutta potilaat eivät olleet pyytäneet siihen muutosta. Potilaat eivät myöskään aina mainitse lääkityksen haittavaikutuksista, ja siksi hoitajan tuleekin aktiivisesti osata kysyä näitä asioita potilaalta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 20.)

6.2.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipu- eli NSAID-lääkkeet lievittävät tehokkaasti niin kipua kuin tulehdustakin, mutta niihin liittyy myös monenlaisia haittoja. Niillä on annoskatto, mikä tarkoittaa sitä, että tietyn annoksen ylittyessä haitat lisääntyvät, mutta kipua lievittävä vaikutus ei kasva. (Kalso 2009b, 181–182; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 566.) Tulehduskipulääkkeiden käyttöaiheita ovat vammojen ja leikkauskivun lisäksi esimerkiksi migreeni, kuukautiskipu tai nivelrikko (Vainio 2004, 75).

Tulehduskipulääkkeet vaikuttavat kudosten kipuhermopäätteissä. Vaikutus perustuu tiettyjen kipua, turvotusta ja tulehdusta aiheuttavien välittäjäaineiden normaalin toiminnan estämiseen. Yleisimmät haitat liittyvät yliherkkyysreaktioiden lisäksi ruuansulatuskanavan ongelmiin sekä verihiutaleiden hyytymisjärjestelmään ja munuaisiin kohdistuviin haittoihin. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 568–569; Kalso 2009b, 181.) Perinteisten tulehduskipulääkkeiden

ohelle on kehitetty uudempia lääkkeitä, jotka eivät aiheuta yhtä paljon vatsahaittoja tai häiritse verihiutaleiden toimintaa. Näitä lääkkeitä kutsutaan koksibeiksi tai COX-2-estäjiksi. Potilaan, jolla on ruuansulatuselimistön haava, ei tule silti käyttää koksibeja haavan paranemista hidastavan vaikutuksen vuoksi. Munuaishaittojen osalta ne eivät poikkeava tavallisista tulehduskipulääkkeistä. (Kalso 2009b, 181–183, 191; Vainio 2004, 75.)

Parasetamoli vaikuttaa kipuun ja kuumeeseen NSAID-läkkeitä vastaavasti, mutta tulehdusta alentava vaikutus on niin heikko, ettei sitä voida lukea tulehduskipuläkkeeksi. Parasetamoli aiheuttaa NSAID-läkkeitä selvästi harvemmin allergia- tai yliherkkyyssreaktioita, ja pieninä annoksina lyhytaikaisessa käytössä parasetamoli ei häiritse verihiutaleiden toimintaa tai ärsytä vatsan limakalvoa. Parasetamoli on lisäksi hellävaraisempi munuaisille. Parasetamolin vuorokausiannos aikuisella tulisi olla enintään neljä grammaa. Tätä suurempina annoksina tai alkoholin kanssa käytettynä parasetamolin haittavaikutukset maksalle kasvavat. (Kalso 2009b, 187–188; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 571.)

6.2.2 Opioidit

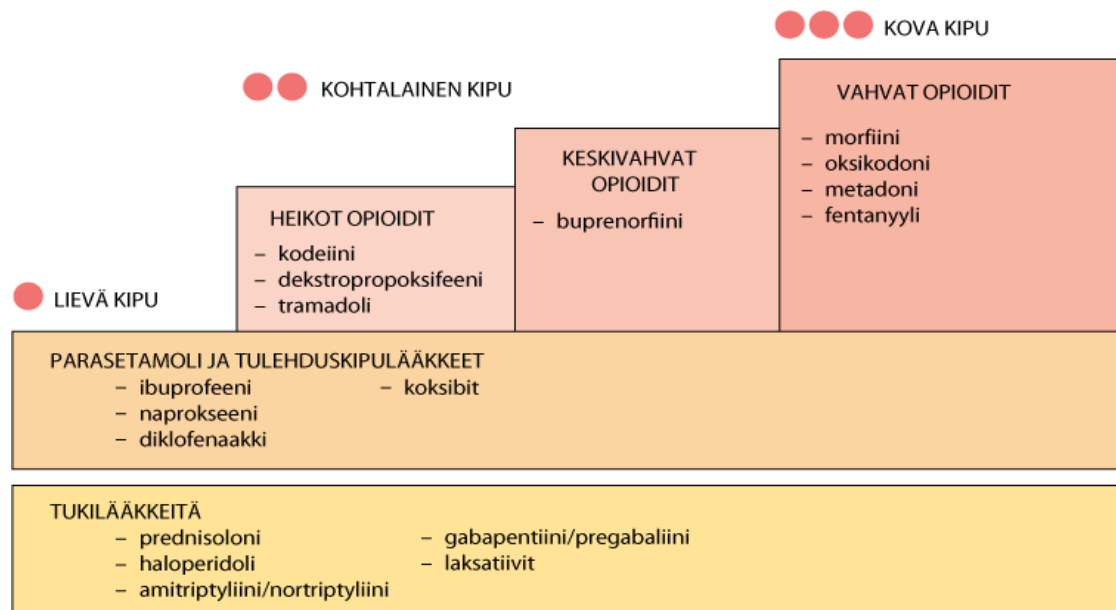
Opioidit ovat huumausaineita, keskushermostoon vaikuttavia kipuläkkeitä. Ne salpaavat kipureseptoreita ja estävät kipua välittävien hermoimpulssien kulkua. Opioidit eivät vähennä tulehdusta, mutta lievittävät tehokkaasti kipua ja aiheuttavat euforian tunnetta. Opioidien yleisimpiä haittoja ovat pahoinvointi, ummetus, väsymys ja kutina. Liiallinen annostelu voi pahimmillaan aiheuttaa hengityslaman, jolloin hengitys pysähtyy. Läkkeisiin voi myös syntyä nopeasti riippuvuus, jolloin lääkityksen lopettaminen aiheuttaa potilaalle vieroitusoireita, kuten ahdistuneisuutta, vapinaa ja sydämentykytyksiä. Lisäksi elimistö alkaa helposti kehittämään toleranssia opioideihin, jolloin annostusta täytyy nostaa toivotun vaikutuksen aikaansaamiseksi. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 572; Vainio 2004, 76–77.)

Carean toimintaohjeet käsittelevät opioidien aiheuttamien haittavaikutuksien havainnoimista. Säännöllistä seurantaa vaativia osa-alueita ovat sedaatio eli tajunnantaso, verenpaine, hengitystiheys, kutina, pahoinvointi sekä erityisesti sedation seurannassa tavoite on, että potilas on hereillä tai hyvin heräteltävissä

sekä orientoitunut. Verenpaineen tulee pysyä riittävän korkealla ja sykkeen sekä hengitystiheyden tasaisena ja viitearvojen rajoissa. Opiaattien aiheuttama pahoinvointi tai kutina saa olla korkeintaan lievää, ja tarvittaessa kutinaa lievitetään antihistamiinivalmisteella. Virtsauksen seuranta on tärkeää, ja mahdollisen virtsaummen hoitona potilas voidaan katetroida. (Carean toimintaohjeet 2011; Carean toimintaohjeet 2012a.)

6.2.3 Tukilääkkeet

WHO:n (World Health Organisation, Maailman terveysjärjestö) julkaisemat kivunhoidon portaat (kuva 2) toimivat hyvin peruskaavana monenlaisen kivun hoidossa. Parasetamolin, tulehduskipulääkkeiden ja voimakkaamman kivun hoitoon käytettyjen opioidien lisäksi on olemassa kivunhoitoa tukevia, perinteisesti muuhun käyttöön tarkoitettuja valmisteita. Tukilääkkeissä on lääkeaineita masennuslääkkeiden, psyykenlääkkeiden, kortikosteroidien, epilepsialääkkeiden sekä vatsantoimintaa edistävien lääkkeiden ryhmistä. (Kontinen & Hamunen 2015.)



Kuva 2. Porrastettu kivunhoitomalli (Friman 2015)

Kortikosteroidien rooli akuutissa kivunhoidossa on estää kudosturvotusta ja leikkauksen jälkeistä pahoinvointia (Kontinen & Hamunen 2015). Laksatiivit ovat vastavaikuttajia opioidien aiheuttamalle ummetukselle. Psyykenlääke haloperidoli ei myöskään lievennä kipua, mutta siitä voi olla hyötyä opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin ja sekavuuteen. (Heiskanen ym. 2013.)

Epilepsialääkkeet, gabapentiini sekä pregabaliini, ovat yleistymässä leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Niillä voidaan jossain määrin vähentää opioidien tarvetta, lievittää ahdistusta ja tehostaa kivunhoidon kokonaisuutta multimaalista periaatetta hyödyntäen. Näyttö lääkkeiden tehosta kivunhoidossa on kuitenkin vielä heikkoa, ja suurimmaksi osaksi tutkimustulokset viittaavatkin siihen, että suurin hyöty saataisiin jo ennen leikkausta aloitetulla lääkityksellä. (Heiskanen ym. 2013; Kontinen & Hamunen 2015.) Esimerkiksi Tiippana (2010) selvitti tutkimuksessaan gabapentinoidien vaikutusta opioidien tarpeeseen leikkauksen jälkeen. Opioidien kulutus väheni leikkausta edeltävän gabapentiini-annoksen saaneilla 20–62 % ensimmäiseltä leikkausta seuranneelta vuorokaudelta. Kipua ja opioidien aiheuttamia haittavaikutuksia koettiin myös vähemmän. (Tiippana 2010, 57, 80.)

6.2.4 Puudutusmenetelmät

Kivunhoitoa voidaan tehostaa yhdistämällä perinteisiin lääkehoidon keinoihin erilaisia puudutusmenetelmiä. Kivunhoitoa voidaan toteuttaa selän epiduraali- tai spinaalitaalain laitettavan katetrin avulla. Puudutteita voidaan käyttää myös suoraan hermoihin ja hermopunoksiin, tai paikallisesti leikkaushaavaan. Haavan reunat voidaan puuduttaa kerroksittain pitkävaikutteisella puudutteella leikkauksen loppupuolella. Haavan reunalle voidaan myös asettaa monireikäinen katetri, josta puudutteen annostelu tapahtuu jatkuvana laimeana infuusiona. (Hamunen & Kalso 2009, 287–288; Kontinen & Hamunen 2015.)

Epiduraalista kivunhoitoa suositetaan etenkin suurten, rintakehään tai vatsaan kohdistuvien tai ortopedisten leikkausten jälkeen. Myös esimerkiksi lonkkaproteesikirurgiassa, suoliston leikkauksissa ja munuaisenpoistossa menetelmä on tehokas ja melko yleinen. Epiduraalikanavaan annostellaan katetrin kautta puudutteen ja opioidin sekoitusta, joka alkaa vaikuttaa noin 20 minuutin kuluessa. Epiduraalikatetrin kautta lääkettä voi annostella tasaisena infuusiona, boluksina eli nopeavaikutteisina tehosteannoksina tai PCA-tekniikalla eli niin kutsutulla kipupumpulla. Tekniikka vaatii PCA-laitteen, johon anestesia-
lääkäri asettaa sopivan lääkeannostuksen. PCA (Patient controlled analgesia) sallii potilaan itse annostella laitteesta boluksia, ja päihderiippuvuus on siksi vasta-

aiheinen menetelmän käytölle. (Ahonen ym. 2014, 110–113; Carean toimintaohjeet 2011; Carean toimintaohjeet 2012b; Hamunen & Kalso 2009, 282, 285, 288–289; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 271.)

Carean toimintaohjeet käsittelevät kattavasti epiduraalista kivunhoitoa. Toimintaohjeiden mukaan postoperatiivisessa kivunlievityksessä epiduraalikatetria käytetään noin yhdestä viiteen vuorokauteen leikkauksen jälkeen. Lääkkeen annostelunopeutta vähennetään asteittain kivun helpottaessa, ja samanaikaisesti potilaalle aloitetaan jokin muu kipulääkitys. Epiduraalista kipulääkitystä toteutettaessa tulee huomioida vitaalitoimintojen, kuten verenpaineen, pulssin sekä hengitystiheyden tarkkailu. Etenkin verenpaineen mittausta tulisi huomioida ennen ja jälkeen boluksien annostelun. Myös seuranta raajojen liikkuvuuden ja puutuneisuuden osalta on erityisen tärkeää. Carean toimintaohjeissa painotetaan myös epiduraalikatetrin huolellista ja aseptista käsittelyä. Katetrin kiinnitys ja paikallaan pysyminen tulee tarkistaa päivittäin, sillä katetrin toimimattomuuden syynä on usein sen luiskahtaminen pois paikoiltaan. Katetria ympäröivää ihoa ja infektion merkkejä tulee myös seurata säännöllisesti. Esimerkiksi kuumotus, punoitus, turvotus, kuumeilu, selän kipu sekä alaraajojen tuntopuutokset voivat viitata infektiin. (Ahonen ym. 2014, 110; Carean toimintaohjeet 2011; Carean toimintaohjeet 2012a–c; Hamunen & Kalso 2009, 282, 286–287.)

6.3 Kivun lääkkeetön hoito

Sairaanhoitajalla tulisi olla lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi osaamista myös lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä, jotta niitä voitaisiin hyödyntää kivun hoitotyössä. Näitä menetelmiä käytetään lääkehoidon ohella kivunlievityksen tehostamiseksi. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät voidaan jakaa fysiologisiin ja kognitiivisiin menetelmiin. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 17,19.)

6.3.1 Fysiologiset menetelmät

Hoitotyön tutkimussäätiön suositus mainitsee kivunhoidon fysiologisiksi menetelmiksi kylmä- ja lämpöhoidot, akupunktion, asento- ja liikehoidot, sekä hieronnan. Suositus käsittelee menetelmien vaikuttavuutta kivunhoidon tulosten kannalta. Kylmähoidossa kudosten lämpötilaa madalletaan, jolloin hermojen johtumisnopeus ja aineenvaihdunta kudoksessa hidastuu. Seurauksena kipu

lievittyy ja turvotuksen muodostuminen vähenee. Kylmä myös vähentää verenvuotoa. Kylmähoitoa voidaan antaa esimerkiksi kylmäpakkausten, pyyhkeiden tai kylmähieronnan muodossa. Kylmähoitoa toteutetaan pitämällä kylmäpakkausta kipeällä alueella noin 20–30 minuuttia kerrallaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 18; Pohjolainen 2009, 238–239.) Myös lämpöhoito kuuluu lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin, mutta vuotoriskin kasvamisen vuoksi sitä ei suositella leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 18).

Liikehoito perustuu aktiivisen tai passiivisen liikunnan verenkiertoa edistävään ja virheasentoja ehkäisevään vaikutukseen. Myös turvotusta, veritulppariskiä ja lihasten jäykkyyttä voidaan ehkäistä huolehtimalla riittävästä liikehoidosta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 18.) Asentoa muutettaessa imusuonien ja laskimoiden nestekierto tehostuu ja kipureseptoreihin kohdistuva ärsytys vähenee. Asentohoitoa voidaan toteuttaa erilaisten tyynyjen ja tukien avulla sekä muuttamalla vuoteen päädyn asentoa. Raajaleikkausten jälkeen leikattu raaja tuetaan kohoasentoon, joka ehkäisee kipua ja turvotuksen kertymistä leikkausalueelle. Vatsanalueen leikkausten jälkeen polvien alle voidaan lisätä tyyny vähentämään leikkausalueen venytystä, ja yskiessä haava-alue tulisi tukea painamalla sitä tyynyllä tai kädellä. (Hakala 2012, 33.)

Hieronta on todettu hyödylliseksi kivunlievitysmenetelmäksi leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Tuloksia on saatu kivun voimakkuuden, ahdistuneisuuden, elintoimintojen sekä käytettyjen kipulääkkeiden määrän suhteen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 17.) Hieronta on helposti lähestyttävä keino, sillä valtaosalla on siitä kokemusta jo ennestään. Vuorovaikutus hieronnan aikana ja toisen ihmisen kosketus edesauttavat myös osaltaan hoitomyöntyvyyttä. Tapoja ja tekniikoita hierontaan on monenlaisia. (Pohjolainen 2009, 239.) Akupunktiohoitoa toteutetaan asettamalla neuloja tiettyihin kehonpisteisiin. Menetelmä on lähtöisin kiinalaisesta lääketieteestä, vaikkakin se on yleistynyt myös suomalaisessa hoitotyössä. Akupunktion toteuttaminen vaatii sairaanhoitajalta lisäkoulutuksen käymistä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 17; Pohjolainen 2009, 241–242.)

6.3.2 Kognitiiviset menetelmät

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen mukaisesti lääkkeellisen hoidon rinnalla käytetään sekä fysiologisia että kognitiivisia menetelmiä kivun lievittämiseksi. Lääkkeettömillä hoitokeinoilla voidaan saada tuloksia esimerkiksi kivun voimakkuuden ja epämiellyttävyyden, ahdistuneisuuden ja kipulääkkeiden kulutuksen suhteen. Kognitiiviset menetelmät voivat auttaa potilasta kivun hallitsemisessa ja kipuun sopeutumisessa. Esimerkiksi rentoutus ja mieluisan musiikin kuuntelu voivat auttaa etenkin vähentäen kivusta aiheutuvaa ikävää tunnekokemusta, vaikka se ei vähentäisikään konkreettisesti kiputuntemusta. Klassisen musiikin kuuntelulla on todettu olevan hyötyä myös kipulääkkeiden määrän, ahdistuneisuuden ja hoitotyytyväisyyden kannalta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 17–18.) Sairaanhoidaja voi myös vaikuttaa omalla läsnäolollaan potilaan kipuun. Sairaanhoidajan varmuus, rauhallisuus sekä kivusta kertominen voivat lievittää potilaan kipua ja ahdistuneisuutta. Myös koskettamisen, potilaan kuuntelemisen sekä turvallisuuden tunteen merkitys korostuvat. (Pätäri 2014, 30–31.)

Vaajoen tutkimuksessa (2012) verrattiin musiikin vaikutusta vatsa- tai suolistoleikkattujen aikuisten potilaiden leikkauksen jälkeiseen kipuun. Tutkimuskohteenä oli kivun voimakkuus ja epämiellyttävyys levossa, syvään hengitettäessä ja asentoa muutettaessa. Myös fysiologisten toimintojen, kipulääkityksen kulutuksen ja haittojen sekä sairaalassa vietetyn ajan eroavaisuuksia tutkittiin verraten kontrolliryhmään. Hengitystiheys oli musiikkiryhmällä selvästi kontrolliryhmää alhaisempi kolmena leikkausta seuraavana päivänä. Toisena päivänä tuloksissa näkyi myös kivun voimakkuuden ja epämiellyttävyyden olevan lievemmat levossa, syvään hengitettäessä sekä asentoa vaihtaessakin. Myös verenpaine oli vertailuryhmää matalammalla tasolla. Potilaat kokivat musiikin kuuntelun positiivisena kokemuksena. Musiikin koettiin vievän ajatuksia pois kivusta. Eroa sairaalassaoloaikaan tai kipulääkkeiden kulutukseen ei kuitenkaan todettu eri ryhmien välillä. (Vaajoki 2012, 23–39.)

Huomion suuntaaminen muualle, kuten keskittyminen haastavaan tehtävään, voi saada kivun tuntumaan lievemältä. Kipua voimakkaasti pelkäävät eivät kuitenkaan saa ajatusten muualle suuntaamisesta juurikaan apua kivun voimakkuuden kontrollointiin. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 19.) Kivunhoidossa

voidaan käyttää myös mielikuvaharjoittelua. Sen tarkoituksena on, että kipu koetaan lievempänä ja vähemmän kielteisiä tunteita herättävänä. Kipua itsessään ei siis pyritä lieventämään, vaan potilaalle opetetaan keinoja selviytyä kivun kanssa. Potilas voi oppia kokemaan kivun aivan uudella tavalla, esimerkiksi mielikuva polttavasta kivusta voi muuttua viileäksi. Usein mielikuvilla on eniten vastetta lieviin kiputiloihin. (Elomaa & Estlander 2009, 248–249.)

Rentoutus kivunhoidossa tähtää fysiologisten stressireaktioiden hillitsemiseen. Sympaattisen hermoston toiminnan rauhoittuessa muutoksia ilmenee myös elintoiminnoissa. Vaikutukset näkyvät sykkeen, verenpaineen ja hengitystiheyden alenemisena. Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuutta, epämiellyttävyyttä ja kipulääkkeiden kulutusta on tutkitusti saatu vähennettyä rentoutuksen avulla. Menetelmä voi auttaa myös lihasjännitykseen liittyvään kipuun vähentäen kipuun liittyviä ikäviä tunnereaktioita sekä helpottaen nukahtamisvaikeuksia. Tuloksia on saatu kivun- ja stressinhallinnan suhteen sekä masentuneisuuden vähentämisessä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 19; Elomaa & Estlander 2009, 248; Vainio 2004, 111–112.)

6.4 Potilasohjaus kivunhoidossa

Ohjaus käsitteenä voidaan määritellä toiminnaksi, joka on aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta hoitohenkilöstön ja potilaan välillä. Hyvä ohjaus on tärkeä osa laadukasta hoitoprosessia. Keskeistä potilaan näkökulmasta on oppiminen sekä omahoidon suunnittelu yhdessä hoitavan tahon kanssa. Ohjauksella pyritään lisäämään potilaan omaa motivaatiota terveyteensä ja sen hoitamiseen liittyen. Ohjausta toteuttavalla henkilöstöllä tulee olla ammatillista vastuuta sekä halua edistää potilaan terveyttä ja tietämystä. Myös toimintayksiköltä vaaditaan tietynlaisia resursseja laadukkaaseen ohjauksen mahdollistamiseksi. Vaadittuja resursseja ovat esimerkiksi riittävä henkilöstö, hoitajien ohjausvalmiudet sekä aika ja tila ohjaamistilannetta varten. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016; Kyngäs ym. 2007, 21, 25, 46; Kääriäinen 2007, 114.)

Ohjaus tulee prosessina aloittaa ohjauksen tarpeen arvioinnista, edeten toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Ohjauksen tarvetta arvioidessa on tärkeää kuunnella, minkälaisia itselleen tärkeitä hyvinvointiin tai sairauteen liitty-

viä ongelmakohtia potilas nostaa esille. Ohjauksen sisällön tulee aina lähtökohtaisesti rakentua potilaan tarpeista. Ohjauksessa tulee hyödyntää potilaalle soveltuvaa ohjausmenetelmää, esimerkiksi yksilö-, ryhmä-, internet- tai puhe-
linohjausta. Viimeinen vaihe on arviointi ohjauksen onnistumisesta. Arvioinnissa keskeisintä on potilaan oma kokemus ohjauksen vaikuttavuudesta sekä keinot, joilla vaikutus on aikaansaatu. Ohjauksen tavoitteet, suunnitelma ja toteutus sekä arviointi tulisi kirjata huolellisesti potilastietojärjestelmään. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016; Kyngäs ym. 2007, 26–27, 45–46.)

Kivunhoidon kannalta potilasohjauksen tarkoituksena on, että potilas saa tietoa kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä mahdollisista hoitomuodoista. Ohjausmenetelmiä tulee käyttää yksilöllisesti ja monipuolisesti. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen mukaan potilasohjauksella on voitu tehokkaasti vähentää pelkoa ja ahdistusta jo leikkausta edeltävästi, edistää tyytyväisyyttä hoitoon ja parantaa kivunlievitystä. Ohjauksen määrän ja sisällön tulee kuitenkin olla harkittua, sillä väärällä tavalla toteutettu ohjaus saattaa puolestaan lisätä potilaan pelkoa ja ahdistusta. Myös ohjauksen vaikutuksesta nopeampaan paranemiseen ja kotiutumiseen on näyttöä. Tulokset on saatu aikaan ohjauksella, joka käsitteli esimerkiksi kivunhoidon menetelmiä ja merkitystä, leikkauksen jälkeisiä oireita, kivunhallintakeinoja sekä varhaisen liikkeellelähdön hyötyjä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 8–10.)

Ohjauksella voidaan parhaassa tapauksessa tukea potilaan voimaantumista ja itseohjautuvuutta sekä parantaa hoidon kliinisiä tuloksia. Aikaansaadut vaikutukset voivat näkyä positiivisesti potilaan elämänlaadun, kivunhoidon, kuntoutumisen sekä hoidon prosessista selviytymisen kannalta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016; Kyngäs ym. 2007, 145.) Vuoden 2010 tutkimuksen mukaan ennen leikkausta toteutettu potilasohjaus toi liikuntaelimistön traumapotilaille monia hyötyjä vertailuryhmään nähden. Potilasohjaus käsitteli kipua, selviytymiskeinoja ja hengitysharjoituksia. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että potilasohjaus vähensi oleellisesti koettua kipua ja ahdistuneisuutta. Vertailuryhmä tarvitsi toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä testiryhmää enemmän kipulääkkeitä. Myös toimintakyky sairaalassa todettiin testiryhmäläisillä muita paremmaksi ensimmäisen kuuden vuorokauden aikana. Sairaalajakson pituu-

dessa ei ryhmien kesken kuitenkaan ilmennyt juurikaan eroja. Kolmen kuu-
kauden kuluttua leikkauksesta ahdistuneisuus todettiin testiryhmällä kontrolli-
ryhmää alhaisemmaksi. (Wong, Chan & Chair 2010, 1120, 1124–1126.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suositus mainitsee kivun riittämättömän hoitamisen
syyksi puutteellisen potilasohjauksen. Potilas saattaa kieltäytyä kipulääk-
keestä, mikäli hänellä on vääriä olettamuksia sen haitoista ja ominaisuuksista.
Esimerkiksi Pätärin (2014) tutkimuksesta ilmeni, että usein silminnähden kivu-
lias potilas saattaa kieltäytyä kivun lääkkeellisestä hoidosta, mutta sairaanhoi-
tajan perusteltua kipulääkityksen hyötyjä on potilas suostunut ottamaan kipu-
lääkkeen. Kivunhoidon onnistumista voidaankin edistää tarjoamalla ajanta-
saista ja oikeaa tiedollista ohjausta. Varmistamalla potilaan todenmukaiset tie-
dot kivusta ja hoitomenetelmistä, mahdollistetaan myös potilaan kyky tehdä
päätöksiä kivunhoitoon liittyen. Potilastyytyväisyyttä ja myönteisyyttä myös
lääkkeettömiä menetelmiä kohtaan on voitu kasvattaa ohjauksen keinoin. Oh-
jauksessa tulee huomioida myös kotiutumisen jälkeinen aika, sillä monesti
kipu jää kotona alihoidetuksi ja lääkitystä toteutetaan epäsäännöllisesti. (Hoi-
totyön tutkimussäätiö 2013, 8–10; Pätäri 2014, 35; Salanterä ym. 2006, 91.)

Kivunhoidon ohjausta tulisi antaa niin suullisessa kuin kirjallisessakin muo-
dossa. Suullisen ohjauksen ja kirjallisen materiaalin tulee tukea toisiaan. Li-
säksi koko hoitohenkilöstön ohjeiden tulisi olla yhtenäisessä linjassa keske-
nään. Kirjallisen materiaalin helppolukuisuus ja selkeys tukevat tiedon omak-
sumista, samoin kuin tiedon jäsentelyn loogisuus ja selkeät, oppimista tukevat
kuvat. Tärkeää on myös ohjauksen ajankohdan valitseminen, jotta potilas
omaksuu saamansa tiedon mahdollisimman hyvin. Määrällisesti tietoa ei kan-
nata tarjota liikaa kerralla. Ohjauksessa tulisi mahdollisuuksien mukaan poti-
laan lisäksi huomioida myös tämän omaiset sekä tiedon tarjoaminen muista
tietolähteistä ja vertaistukiryhmistä. (Kyngäs ym. 2007, 125–127; Salanterä
2006, 91–92.)

Tähtinen (2007) tutki hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiuksia. Ohjausval-
miuksia tutkittiin jaoteltuina tiedollisiin, taidollisiin ja asenteellisiin ohjausval-
miuksiin. Tuloksista ilmeni, että työkokemuksen määrästä riippumatta aikaa
potilasohjaukseen käytettiin keskimäärin yhdestä kolmeen tuntia. Suurimmalta

osin ohjauksessa käytetty tieto perustui työkokemukseen (49 %) sekä työtyöky-
 kön (40 %) käytäntöihin. Tuloksissa oli nähtävissä selvä yhteys vastaajien
 osaamistasossa suhteessa työkokemuksen määrään. Ongelmiksi yksiköissä
 nousi esiin ajan, ohjausmateriaalin, henkilöstön, tilojen sekä koulutuksen riittä-
 mättömyys. Yleisesti ottaen tiedolliset ohjausvalmiudet arvioitiin hyviksi sairau-
 den hoitoon liittyen. Haastavaksi koettiin jatkohoitoon ja etenkin sosiaalietuuk-
 siin liittyvä ohjaus. Valtaosa vastaajista arvioi omaavansa hyvät taidot ohjauk-
 sen tarpeen arvioimiseen, potilasohjaukseen sekä omaisten huomioimiseen ja
 tukemiseen. Myös vuorovaikutustaidot oli arvioitu hyviksi valtaosassa vastauk-
 sista. Ohjausmenetelmistä etenkin suullinen ja kirjallinen ohjaus hallittiin hyvin,
 kun taas teknisten apuvälineiden hyödyntäminen ohjauksessa oli vähäistä.
 Asenteellisten valmiuksien osalta kaikki tai lähes kaikki vastasivat asennoitu-
 vansa ohjaukseen myönteisesti. Myös motivaatio potilasohjaukseen koettiin
 hyväksi eikä ohjausta pidetty työajan hukkana. (Tähtinen 2007, 29–52, 59–
 61.)

Vastaavia tuloksia sai myös Lipponen vuoden 2014 tutkimuksessaan. Potilas-
 ohjauksen toimintaedellytyksiksi osoittautuivat hoitohenkilöstön potilasohjaus-
 valmiudet, potilasohjauksen toimintamahdollisuudet sekä potilasohjauksen to-
 teutus. Tiedolliset valmiudet, kuten tiedot sairauksista ja kuntoutuksesta, arvi-
 oitiin pääsääntöisesti hyviksi tai kiitettäväksi erikoissairaanhoidossa. Peruster-
 veydenhuollossa tiedolliset valmiudet arvioitiin yleisesti ottaen heikommiksi.
 Tuloksissa oli näkyvissä myös vastaajien työkokemuksen määrä; enintään
 viisi vuotta työkokemusta omaavat arvioivat tietonsa huonommiksi kuin pidem-
 pään työelämässä olleet. Asennoituminen potilasohjaukseen arvioitiin myön-
 teiseksi, vaikka samalla osa vastaajista koki ohjausajan olevan työajan haas-
 kaamista ja jopa turhauttavaa sekä vievän aikaa muiden potilaiden hoidosta.
 (Lipponen 2014, 44, 57.)

6.5 Kivunhoidon kirjaaminen

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan henkilökohtaisia hoidossa käytettäviä potilastie-
 toja ja dokumentteja, jotka sisältävät tietoa potilaan terveydentilasta. Potilas-
 asiakirjojen laatimisesta, säilyttämisestä ja salassapidosta hoitotyöntekijöitä
 velvoittaa Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). Potilas-
 asiakirjoihin kuuluu sähköinen potilaskertomus, joka sisältää tietoja potilaan

osastohoitojaksoista, sairauksista ja annetusta hoidosta. Kivunhoidon kirjaaminen on merkittävä osa hoitotyön kokonaisuutta, sillä tarkka kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta, hoitotyön laadun kehittymistä sekä hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeusturvaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 6; Kassara ym. 2005, 361; Salanterä ym. 2006, 102.) Potilasasiakirjoihin kirjatessa on pyrittävä siihen, että kirjattu tieto siirtyy automaattisesti potilaan mukana potilastietojärjestelmästä toiseen (Kontinen ym. 2012).

Sähköiseen potilaskertomukseen kirjaamisen tulee olla yhdenmukaista ja rakenteista. Kirjaamiseen kuuluvat osa-alueet jaetaan hoitoprosessin mukaisiin vaiheisiin, jotka ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Kivunhoidon kirjaamisen perustana on lähtötilanteen kartoitus; minäkäläinen on potilaan kipuongelma ja mikä on hoidontarve. Kivunhoidon selkeä ja säännöllinen kirjaaminen antaa hyvän kuvan potilaan kivusta, kivun hoitotyön tavoitteista sekä kivun hoitotyön tuloksista. Kirjaamisen säännöllisyys takaa potilaan kivunhoidon jatkuvuuden lisäksi hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin onnistumisen. Kivunhoidon tarpeen määrittelemisen ja hoidon tuloksien kirjaaminen potilasasiakirjoihin edesauttaa kivunhoidon tulosten todennukaista arvioimista. (Ahonen ym. 2014, 45–47; Salanterä ym. 2006, 102.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksessa on listattu tärkeimmät potilaskertomukseen kirjattavat asiat. Potilasasiakirjoihin tehdyistä kirjauksista tulee käydä ilmi potilaan lääkemääräyksen antaneen lääkärin nimi, kivunhoidossa käytetyt kivunhoidon menetelmät, kivunhoidon toteutusta koskevat päätökset ja niiden perustelut sekä kivunhoidossa huomioon otettavat asiat kuten esimerkiksi potilaan mahdolliset lääkeaineallergiat. Lisäksi päivittäin tehdyt huomiot ja havainnot potilaan kivusta ja kivun hoidosta tulee kirjata potilasasiakirjoihin. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 20; Kassara ym. 2005, 361.) Suosituksen mukaan kivun systemaattisessa kirjauksessa ilmenee kuitenkin puutteita, etenkin kirjausten säännöllisyydessä. Puutteellisiksi jäävät usein etenkin tiedot hoidon vaikuttavuudesta, potilaan omasta kipukokemuksesta sekä kivun mittauksen toistuvuudesta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 20–21.)

Potilaan hoidossa käytettävä kipumittari kirjataan potilasasiakirjoihin ja kipua arvioidaan koko hoitojakson ajan säännöllisesti ja samaa mittaria käyttäen (Salanterä ym. 2006, 83–84). Akuutin kivunhoidon onnistumista arvioidaan ja

kirjataan tiheään tahtiin. Leikkauksenjälkeisestä kivusta tulee kirjata ainakin kertaalleen työvuorossa potilaan oma kokemus kivun laadusta, voimakkuudesta ja sijainnista. Kirjauksen tulee vastata hyvin toteutettua kivun arviointia, eli kirjauksesta löytyvät tiedot kivun voimakkuudesta esimerkiksi levossa ja liikkeessä sekä kivun voimakkuudesta ennen ja jälkeen kivunhoidon. Kirjauksen tulee sisältää myös tieto käytetyistä kivunhoidon menetelmistä, niiden tehosta ja mahdollisista haittavaikutuksista. Kivun lääkehoidosta tehdyistä kirjauksista tulee selvittää annetun lääkkeen nimi, annos, antotapa, ajankohta sekä kuka lääkkeen on antanut. Lisäksi on tärkeää kirjata, mihin ja minkälaiseen kipuun lääkettä on annettu. Hoitojen vaikuttavuuden kirjaaminen edistää tehokkaan ja toimivan kivunhoidon menetelmän löytymistä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 20; Kassara ym. 2005, 361; Salanterä ym. 2006, 101, 103; Kontinen ym. 2012.)

Myös epiduraalista kivunhoitoa toteutettaessa kivunhoito ja sen eri vaiheet dokumentoidaan huolellisesti. Epiduraalisesta kivunhoidosta täytetään seurantalomaketta, johon kirjataan tarkasti epiduraalikatetrin laittopäivä, katetrin sijainti, katetrin sekä sen laitossa käytetyn neulan koko ja puutumisalue. Epiduraalitalaan annosteltavat lääkkeet ja lääkemääräyksen tekijä kirjataan selkeästi. Lisäksi on tärkeää kirjata infuusionopeus sekä annetut bolukset. Seurantalomakkeeseen kirjataan myös potilaan fysiologisia tietoja, kuten verenpaine, syke, hengitystiheys, happisaturaatioarvo, tiedot puutumisalueesta sekä siinä tapahtuvista muutoksista ja lihasvoimasta. Seurantalomakkeeseen kirjattujen tietojen ja huomioiden lisäksi hoitohenkilökunta kirjaa potilasasiakirjoihin infuusion ja infuusionopeuden, infuusioletkuston ja suodattimien vaihdot, epiduraalikatetrin kiinnityksessä käytetyt sidokset ja niiden vaihdot sekä katetrin paikallaan pysymisen. (Ahonen ym. 2014, 111.) Lisäksi potilasasiakirjoihin kirjaetaan huolellisesti myös potilaan elintoinnissa tapahtuneet muutokset kuten esimerkiksi verenpaineen lasku epiduraalisen kivunhoidon aikana (Ahonen ym. 2014, 111; Kontinen ym. 2012).

Väänäsen (2008) tekemässä tutkimuksessa on käsitelty kivunhoidon kirjaamista sähköisessä hoitokertomuksessa. Tuloksista oli nähtävissä kivunhoidon kirjaamiskäytännöissä esiintyvä runsas vaihtelevuus. Hoitotyön menetelmien ydintietojen kirjaaminen oli osa jokapäiväistä kirjaamista. Kipua koskevat kir-

jaukset käsittelivät pääosin kipulääkkeen antamista sekä jokapäiväisiä hoito-toimenpiteitä. Kivun hoitokeinoista oli kirjattu oikeaoppisesti ja yleisimmin kirja-tuiksi hoitokeinoiksi nousivat lääkehoito sekä asentohoito. Kivunhoidon arvi-oinnin kirjaaminen oli puolestaan melko yksipuolista, eikä esimerkiksi kivun voimakkuuden mittaamiseen soveltuvia mittareita juurikaan käytetty arvioinnin kirjaamisen tukena. Kivunhoidon ohjauksen kirjaaminen osoittautui heikoh-koksi. (Väänänen 2008, 50–54.)

Grommin (2015) puolestaan tutki kirjaamisen toteutumista kivun arvioinnin, hoidon sekä kivunhoidon prosessimallin osalta. Kirjaaminen osoittautui osittain epäsystemaattiseksi ja puutteelliseksi. Kivunhoitomenetelmä sekä lääkkeen määrääjä oli kirjattu lähes joka kerralla, mutta vain kymmenes kirjauksista si-sälsi arvioinnin kivunhoidon prosessista. Kivunhoitomenetelmän vaikuttavuuden arviointi jäi myös usein puutteelliseksi. Kirjausten perusteella vain yksi vii-destä potilaasta sai ohjausta kivunhoidon osalta. Vain yhdellä sadasta oli poti-lasiasiakirjoissaan kirjaus kivun arviosta levossa ja liikkeessä leikkauspäivänä sekä kahtena sitä seuraavina päivinä. Potilaan valitsemasta kipumittarista ei ollut kirjauksia lainkaan. Reilusti alle kolmannes potilasiasiakirjoista sisälsi merkinnän kivun sijainnista potilaan kuvaamana. Epiduraalihoitoisista poti-laista lähes kaikille oli tehty merkintä verenpaine-arvoista jokaisessa työvuo-rossa. Sedaatiota ja alaraajojen lihasvoimaa oli arvioitu noin kahdessa kirjauk-sessa kolmesta. (Grommi 2015, 23–29, 31–32.)

7 SAIRAAHOITAJAN ASENTEELLISET VALMIUDET KIVUN-HOIDOSSA

Asennoituminen ja etiikka kulkevat käsi kädessä. Termiä etiikka käytetään il-maisemaan tapoja ja tottumuksia, jotka yleisesti hyväksyttyinä ohjailevat ih-misten toimintaa. Kyse on yhtä lailla yksittäisen ihmisen toiminnasta, kuin so-siaalisen yhteisön teoista laajemmassa merkityksessä. (Sarvimäki & Sten-bock-Hult 2009, 36.) Lähtökohtaisesti myös lainsäädäntö perustuu aina lopulta käsitykseen oikeasta ja väärästä (Haanpää 2009, 509; Louhiala & Launis 2009, 18).

Eettiset arvot ovat osittain historiaan ja kulttuuriin sidonnaisia. Nykyinen käsitys kivusta ja kärsimyksestä eroaa merkittävästi pitkään länsimaissakin vallinneesta ajattelutavasta, jonka mukaan kärsimys oli jopa arvokas, luonnollinen ja väistämätön kokemus. Vuonna 1964 Maailman Lääkäriliitto World Medical Association hyväksyi alkuperäisen Helsingin julistuksen, jonka myötä esimerkiksi kipua ja kärsimystä aiheuttavia ihmiskokeita alettiin pitää epäeettisinä. (Louhiala & Launis 2009, 147–148; World Medical Association 2016.) Tämä ilmentää sitä, kuinka lääketieteen kehittyessä arvojen muuttuminen on johtanut näkemykseen, jonka mukaan tarpeettoman kivun aiheuttaminen ihmiselle tai eläimelle ei ole hyväksyttävää (Louhiala & Launis 2009, 148).

Terveysturvalaki (13.12.2010/1326) ohjaa hoitotyön laatua; hoidon tulee olla tutkitusti tehokasta ja näyttöön perustuvaa. Terveysturvalain pyrkimyksenä on toiminnan turvallisuuden, korkean laatuun ja asialliseen toteutukseen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016.) Yksinkertaisimmillaan eettisten ohjeiden ja lainsäädännön tärkein sisältö keskittyy kärsimyksen lievittämiseen, haittojen ja hyötyjen huomioimiseen, tehokkaiden hoitomenetelmien käyttöön sekä potilaiden tasa-arvoon. Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton 1953 julkaisemat eettiset ohjeet ovat edelleen keskeisimmät hoitotyön etiikkaa koskevat ohjeistukset. (Haanpää 2009, 508; International Council of Nurses 2012, Leino-Kilpi ym. 2012, 51–52.) Sairaanhoitajaliitto julkaisi kansallisella tasolla näihin ohjeisiin pohjautuvat Sairaanhoitajan eettiset ohjeet vuonna 1996. Sairaanhoitajan neljäksi tärkeimmäksi tehtäväksi mainitaan terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauden ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Rautava-Nurmi ym. 2013, 18–19; Sairaanhoitajaliitto 1996). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) sisältää samat velvoitteet.

Voidaan ajatella, että etiikka näkyy luontaisissa suhtautumistavoissa kohdattuja ihmisiä, valintoja ja asioita kohtaan. Ammattilaisen asenteiden eettisyys ilmenee konkreettisesti kunnioituksena asiakas- ja potilaskohtaamisissa. Hoitotyössä eettisten periaatteiden toteuttaminen näkyy esimerkiksi arvostusta ilmentävässä vuorovaikutuksessa; mielipiteen huomioimisessa, kuuntelemissa, ymmärtämisessä, voinnin kysymisessä, myötäelämisessä ja toivon ylläpitämisessä. Hoitajalla tulee olla halu toimia potilaan parhaaksi edistäen tämän terveyttä. Hoitotilanteissa ammattilainen tunnistaa velvollisuutensa poti-

lasta kohtaan sekä arvoperustan, jolle kohtaaminen ja hoitotyö perustuvat. Potilaskontaktissa hoitajan tulee olla herkkä vaistoamaan myös negatiivisia tunteita, ja muuttamaan toimintaansa niiden vaatimalla tavalla. (Haho 2013, 5–6; Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer 2017.) Asennoitumisessa ja toteutuksessa voi kuitenkin ilmetä eroja. Aina hoitaja ei luota potilaan kertomukseen kivustaan, vaikka ajattelisikin, että kivunhoitoa tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Myös kipumittarien käyttö voi olla hyvin vähäistä, vaikka valtaosa hoitohenkilöstöstä tuntee niiden käytön hyödyt. (Lahti ym. 2007, 37–38.)

Kivunhoidon eettisyyteen kuuluu, että potilaan kärsimyksiä ei pitkitetä eikä potilasta jätetä yksin kipujensa kanssa. Kipua tulee arvioida yksilöllisesti ja käyttää tehokkaita menetelmiä kivun lievittämiseksi. Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Jos hoitaja ei hyväksy potilaan kertomusta kivusta, saattaa kivunlievitys jäädä puutteelliseksi. Eettiseltä kannalta kivunhoidossa on muistettava myös ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekemisen periaate sekä potilaan itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Potilaslaki käsittelee myös tasa-arvoista oikeutta saada laadukasta hoitoa ilman syrjintää, jota tulee soveltaa hoitotyössä kaikilla sen osalueilla, myös kivunhoidossa. Tasapainon löytäminen voi kuitenkin olla vaikeaa; liika itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden korostaminen voi johtaa virheellisesti tunteeseen, että potilas on jätetty yksin sairautensa kanssa (Louhiala & Launis 2009, 148–149).

8 HOITOTYÖN LAADUN VARMISTAMINEN JA TÄYDENNYSKOULUTUKSET

Leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyötä toteuttavat suurimmaksi osaksi sairaanhoitajat ja sen vuoksi heiltä vaaditaan laaja-alaista sekä kattavaa kivun hoitotyön osaamista. Kokemusten, tiedon hankinnan ja uuden oppimisen kautta sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys kehittyy ja lisääntyy. Sairaanhoitajilta edellytetään sitoutumista elinikäiseen oppimiseen, sekä jatkuvaan itsensä kouluttamiseen ammatillisten täydennyskoulutusten avulla. Ammatillinen täydennyskoulutus määritellään ammattia tukeväksi, tarvelähtöiseksi ja suunnitelmalliseksi koulutukseksi. Sen tärkeimpänä tarkoituksena on ylläpitää ja lisätä sairaanhoitajan ammattitaitoa sekä osaamista hoitotyössä. (Salo

2010, 15–16.) Ammatilliseen täydennyskoulutukseen sairaanhoitajia velvoittavat myös lainsäädännölliset ja ammattieettiset seikat. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) velvoittaa sairaanhoitajia osallistumaan täydennyskoulutuksiin sekä siten kehittämään ja ylläpitämään ammattitoimintansa vaatimia tietoja ja taitoja. Sairaanhoitajan näkökulmasta kivunhoidon täydennyskoulutuksien tulisi olla työnantajien järjestämiä, työajan puitteissa tapahtuvia sekä säännöllisiä, jotta koko hoitohenkilöstöllä olisi mahdollisuus osallistua niihin (Lahti ym. 2007, 38).

Salo (2010) tutki sairaanhoitajien käsityksiä leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyöstä ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen. Tutkimustulosten mukaan täydennyskoulutuksilla voidaan vaikuttaa hoitajien käsityksiin koskien kivun hoitotyön kokonaisvaltaista toteutusta. Täydennyskoulutusten avulla hoitajat voivat oppia käsittämään potilaan kivun yksilöllisenä kokemuksena. Täydennyskoulutuksilla voidaan myös yhtenäistää asenteiden ja osaamisen näkökulmasta sairaanhoitajien käsityksiä hoitajan roolista kivunhoidon toteuttajana. Tutkimuksesta nousi esille erityisesti potilaan kipukokemuksen yksilöllisyyden ja siihen vaikuttavien eri tekijöiden merkityksen korostaminen täydennyskoulutuksia suunnitellessa ja kehitellessä. (Salo 2010, 65–66.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suositus käsittelee kivunhoidon laadun varmistamista lisäkoulutusten, potilastyytyväisyyden kartoittamisen, hoitotyön moniammatillisuuden, organisoimisen, sekä jatkuvuuden turvaamisen keinoin. Suosituksesta ilmenee, että kivunhoidon lisäkoulutuksella on aikaansaatu positiivisia muutoksia sairaanhoitajien toimintatavoissa, kirjaamisessa ja asenteissa. Kivunhoitoon on kiinnitetty koulutusten myötä enemmän huomiota, kipumittareita on käytetty kattavammin ja potilaiden kivun voimakkuutta on lievitetty tehokkaammin. Potilastyytyväisyyttä kartoittamalla on saatu tuloksia, joiden mukaan toteutunut kivunhoito on yleisesti laadultaan oletettua alhaisempaa. Tulokset viittaavat siihen, että sairaanhoitajat tietävät kivunhoitotyön laadukaista käytännöistä ja menetelmistä, mutta eivät toteuta niitä työssään. Potilaat ovat tutkimuksen mukaan kokeneet voimakkaampaa kipua, kuin olivat odottaneet. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 21–22.)

Monitieteelliset, näyttöön pohjautuvat käytännöt parantavat kivun hoitotyön laatua. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen mukaan kivunhoitoa tulee toteuttaa moniammatillisesti ja organisoidusti, jolloin hoitohenkilökunnan vastuut on selkeästi jaettu. Tämä tapahtuu tehostamalla hoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteistyötä. Joissakin sairaaloissa on erikseen nimetty Acute Pain Service eli kivunhoitotiimi, jonka vastuuna on varmistaa hoitotyön laatua kivunhoidon osalta. Näissä sairaaloissa kivunhoitoon on oltu tyytyväisempiä; potilaiden kipu on hallittu paremmin, kivunhoitoa on toteutettu potilaslähtöisesti, kipulääke on jaettu lyhyemmällä viiveellä ja kivun arviointi on ollut järjestelmällisempää. Myös vastuiden määrittely sekä leikkausta edeltävä potilasohjaus on ollut näissä sairaaloissa kattavampaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 22–23, Kontinen & Hamunen 2015.)

Kivunhoidon jatkuvuus tulisi myös huomioida. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon jatkohoitoyksikössä ei aina tiedetty tarkasti potilaalle tehtyä toimenpidettä. Puutteita oli myös koskien lisäkipulääkityksiä ja edeltävän hoitoyksikön yhteystietoja. Myös kotiutumisen jälkeen tulee varmistaa tarvittava kivunhoito, sillä usein kotona koetaan kovaa tai erittäin kovaa toimenpiteen jälkeistä kipua. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 22–23.)

Pätäri (2014) tutki kivunhoidon toteutuksen haasteita ja estäviä tekijöitä päivystyspoliklinikalla. Sairaanhoitajille toteutetussa teemahaastattelussa tuli esille muun muassa kiireen, olosuhteiden, lyhyiden hoitoaikojen ja suurten potilasmäärien aiheuttamat vaikeudet. Haittaaviksi olosuhteiksi mainittiin etenkin ahtaat tilat ja kapeat käytävät. Ruuhka ja sairaanhoitajien alimitoitettu määrä toivat myös selkeitä haasteita kivun hoitotyön laadukkaaseen toteutukseen. (Lahti ym. 2007, 38; Pätäri 2014, 34, 43.) Esiin nousivat myös haasteelliset potilasryhmät, kuten huumeiden väärinkäyttäjät, kroonisesta kivusta kärsivät tai orientoitumattomat potilaat. Ehdotuksia toiminnan parantamiseksi nousi etenkin lisäkoulutusten ja hyvän perehdytysohjelman, selkeiden toimintaohjeiden sekä toimivan vastuunjaon osalta. (Pätäri 2014, 34–35, 45–46, 60–61.)

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

9.1 Yhteistyötaho ja kohderyhmä

Toteutimme opinnäytetyömme yhteistyössä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän, Carean, kanssa. Julkisten terveystalouksien järjestäminen on Suomessa organisoitu kuntien vastuulle. Kuntien tulee kuulua kuntayhtymään, joka on vastuussa erikoissairaanhoidon, kiireellisen hoidon ja ensihoitopalveluiden sekä kehitysvammaisten erityishuollon palveluiden järjestämisestä. Carea on konserni, jossa sairaalat ja sosiaalipalveluiden yksiköt ovat osa kuntayhtymää. Kymenlaakson keskussairaalassa, Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa sekä sosiaalipalveluiden yksiköissä tuetaan Carean palveluita. Carean jäsenkuntia ovat Kotka, Miehikkälä, Pyhtää, Hamina, Virolahti sekä Kouvola. Lisäksi osa Carean palveluista ostetaan muun muassa Helsingin yliopistosairaalasta. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017a; Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017b.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen 3B ja 5 kanssa. Opinnäytetyömme edetessä olemme lisäksi toimineet yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan johtajaylihoitajan sekä ylihoitajan kanssa. Työn rajaaminen on toteutettu suurelta osin heiltä saatujen ohjeiden mukaisesti. He ovat myös olleet apuna opinnäytetyöhön tarvittavan materiaalin etsinnässä. Lisäksi Kymenlaakson keskussairaalan kipuhoitaja on jakanut meille osaamistaan ja antanut neuvoja työn etenemiseen liittyen.

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä ovat Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen 3B ja 5 sairaanhoitajat. Vuonna 2017 osastolla 3B työskenteli 16 vakituista sairaanhoitajaa ja osastolla 5 vakituisten sairaanhoitajien lukumäärä oli 27. Lisäksi osastoilla työskentelee useampia sisäisiä sijaisia. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoituivat hoitohenkilökunnasta vain sairaanhoitajat, sillä he ovat lääkkeellisen kivunhoidon pääasialliset toteuttajat. Vuodeosastojen 3B ja 5 hoitotyön toiminta perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja potilaiden yksilölliseen huomioimiseen.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa vuodeosastolla 3B hoidettiin pääasiassa ortopedian, tekonivelkirurgian, käsikirurgian, traumatologian ja reumatologian erikoisalojen hoitoa tarvitsevia potilaita. Ortopedian erikoisalaan kuuluivat muun muassa potilaat, joille tehtävä leikkaus kohdistui esimerkiksi selkään tai jalkaan. Tekonivelkirurgian leikkaukset kohdistuivat lonkkaan, nilkkaan, polveen, ranteeseen, kyynärpään tai olkapäähän. Käsikirurgian osalta osastolla hoidettiin yläraajan kirurgiaa, erilaisia käsivammoja ja niiden jälkitiloja, nivelvaurioita sekä jänne- ja hermovammoja. Osastolla hoidettavia traumapotilaita olivat pääasiassa potilaat, joilla oli erilaisia raajojen- ja lantionalueen vammoja sekä murtumia tai päähän kohdistuneita vaurioita. Reumaa sairastavia potilaita hoidettiin osastolla muun muassa lääkehoidon keinoin. Lisäksi osastolla oli potilaita, jotka kärsivät liikuntaelinten akuuteista kiputiloista, kulumista tai tulehduksista. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016a.)

Vuodeosastolla 5 tutkittiin ja hoidettiin opinnäytetyön toteutusvaiheessa pehmytosakirurgisia potilaita, korva-, nenä- ja kurkkusairauksien potilaita sekä suu- ja hammassairauksien potilaita. Lisäksi osastolla hoidettiin osastohoitoa tarvitsevia silmäpotilaita. Yleiskirurgisia potilaita oli useilta eri pehmytosakirurgian osa-alueilta. Pehmytosakirurgian erikoisalojen osalta yleisimpiä hoidettavia sairauksia olivat muun muassa suoliston syöpäsairaudet, tulehdukselliset suolistosairaudet sekä sappi- ja tyrävaivat. Osastolle oli keskitetty myös päivystyksellisiä potilaita, joilla oli esimerkiksi akuutteja maha-suolikanavan tai haiman ongelmia. Potilasryhmään kuului sekä avo- että täyhystysleikkauksen läpikäyneitä potilaita. Lisäksi osastolla hoidettiin muun muassa rintaontelon- ja verisuoniston sairauksia sekä plastiikkakirurgisia ja urologisia potilaita. Plastiikkakirurgian erikoisalaan kuuluivat esimerkiksi ihonsiirreleikkaukset sekä rintasyöpään liittyvät rinnan korjausleikkaukset. Urologiassa yleisimmin hoidetut vaivat liittyivät virtsatiekiviin sekä eturauhasen liikakasvuun. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016b; Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016c.)

9.2 Tutkimusmenetelmä

Tässä tutkimuksessa on menetelmänä käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on tutkimustapa, jonka avulla tässä työssä saatua tietoa käsitellään numeerisesti ja saatuja tuloksia voidaan havainnollistaa esimerkiksi kuvioin ja taulukoin. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimisen kohteena olevia asioita sekä niiden ominaisuuksia voidaan tarkastella numeroiden avulla. Tässä tutkimuksessa menetelmän käyttö on perusteltua, sillä kohderyhmä käsittää useita kymmeniä henkilöitä, ja kyseisellä menetelmällä voidaan saada kattava tulos tutkittaessa tätäkin suurempia tutkimusjoukkoja. (Vilkkä 2007, 13–17.)

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi eli tutkittavien asioiden vakioiminen kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi, mittaaminen ja mittarin käyttäminen, tiedon käsittely ja esittely numeroiden avulla sekä suuri vastaajien määrä. Muuttuja ja mittari ovat tämän työn keskeisiä käsitteitä. Muuttujalla tarkoitetaan asiaa, ominaisuutta tai toimintaa, josta tutkimuksessa halutaan saada tietoa. Se voi olla esimerkiksi ikä, sukupuoli, mielipide, ammattiasema tai jokin muu tutkimuksen kannalta tärkeä tieto. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä antaa tässä työssä kuvan muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Mittarilla tarkoitetaan aineistonkeruumenetelmää, jolla tarkoitetaan tämän tutkimuksen kohdalla kyselylomaketta. (Heikkilä 2008, 16; Vilkkä 2007, 13–17.) Itse tutkimusprosessi ja tutkimustulokset ovat tässä työssä objektiivisia, eli tutkijoina pyrimme siihen, ettei oma toimintamme vaikuta tutkimuksen tuloksiin.

Tässä tutkimuksessa merkittävässä roolissa ovat teoriatieto ja teoreettiset käsitteet sekä aikaisemmat tutkimukset. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii löytämään säännönmukaisuuksia teoratiedon pohjalta. Teorian merkitys näkyy siten, että tutkimus etenee ensin teoriasta käytäntöön eli tämän tutkimuksen kohdalla kyselyyn. Kysymysten muodostuminen teorian pohjalta konkretisoi-tuu muuttujaluettelossa (liite 1). Lopuksi tutkimus palaa käytännöstä takaisin teoriaan tulosten, tulkinnan ja analyysin avulla. Tässä tutkimuksessa pyrkimyksenä on löytää tutkimustuloksista eroja ja yhtäläisyyksiä teoriaan sekä aikaisempiin tutkimuksiin nähden ja pohtia mahdollisten eroavaisuuksien syitä. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 140–141; Vilkkä 2007, 18, 25–26.)

9.3 Saatekirjeen ja kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, jolloin tutkijoilla ja kyselyn vastaajilla ei ollut lainkaan henkilökohtaista kontaktia keskenään. Tällöin kyselyn oheen liitettävällä saatekirjeellä oli merkittävä rooli. Saatekirjeen (liite 2) pää-tarkoituksena oli antaa tietoa kyselystä sekä lisätä samalla motivaatiota kyselyyn vastaamiseen. Saatekirjeen informatiivisessa osuudessa avattiin esimerkiksi tutkimuksen tarkoitusta, kuinka tuloksia tullaan hyödyntämään ja kuinka kauan vastausaikaa on annettu. Saatekirjeessä ilmoitettiin myös, kuinka kauan kyselyn täyttämiseen tulisi varata aikaa. Lisäksi saatekirjeessä painotettiin eettisiä periaatteita, kuten vastaajien nimettömyyttä, vapaaehtoisuutta sekä vastauslomakkeiden asiallista käsittelyä. Saatekirjeen lopussa olivat tutkijoiden yhteystiedot mahdollisia tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ja yhteydenottoja varten.

Teoriaosuudesta esille tulleiden asioiden pohjalta laadimme kyselylomakkeen (liite 3), joka käsitti taustamuuttujien lisäksi 30 varsinaista kysymystä tai väittämää. Näistä neljä oli avoimia kysymyksiä. Suljettuja kysymyksiä käytettiin silloin, kun vastausvaihtoehdot tiedettiin ja ne oli helppo rajata. Suljetut kysymykset selkiyttivät mittaamista ja yhtenäistivät vastaajien tapaa tulkita kysymyksiä, jolloin voitiin välttää mittavirheitä (Ks. Heikkilä 2008, 50–51; Vehkalahti 2008, 12). Valmiit vastausvaihtoehdot myös mahdollistivat vastausten saamisen tämän tutkimuksen tutkimusongelmiin. Pääsääntöisesti vastausvaihtoehdot olivat toisensa poissulkevia, mutta kysely sisälsi myös yhden monivalintakysymyksen. Monivalintakysymyksessä vastaajalle on annettu mahdollisuus valita haluamansa määrä vastausvaihtoehtoja (Vehkalahti 2008, 28–29). Päädyimme yhdessä kysymyksessä tähän ratkaisuun, jotta saisimme kyselyä tiivistettyä niin, että oleellinen tieto tulisi vastauksista kuitenkin ilmi.

Avointen kysymysten tarkoitus on antaa vastaajalle mahdollisuus ilmaista asiaa omin sanoin, jolloin voidaan saada tietoa, joka muuten mahdollisesti jäisi kokonaan saamatta. Vastausten analysointi on kuitenkin haastavampaa kuin suljetuissa kysymyksissä. (Heikkilä 2008, 49–50; Vehkalahti 2008, 13.) Avoimia kysymyksiä käytettiin tarkoituksenmukaisesti tilanteissa, joissa vastausvaihtoehtoja ei voitu tai haluttu luetella. Päädyimme tässä tutkimuksessa

käyttämään avoimia kysymyksiä saadaksemme vastauksia suljettujen kysymysten ulkopuolelta ja lisätäksemme tulosten objektiivisuutta, sillä avoimissa kysymyksissä kysymyksen asettelu itsessään ei anna minkäänlaista viitettä odotetusta vastauksesta.

Kysymysten moninaisen muotoilun vuoksi käytimme tyyliältään erilaisia vastausvaihtoehtoja. Useissa kysymyksissä tai väittämässä on käytetty Likertin asteikkoa, joka on eräänlainen järjestysasteikko. Likertin asteikolla voidaan mitata asenteita sekä käyttäytymistä vastausvaihtoehdoilla, jotka edustavat eri ääripäitä. Likertin asteikolle asetetut vastausvaihtoehdot mittaavat usein, kuinka samaa tai eri mieltä vastaaja on väittämästä. (Heikkilä 2008, 53; Likert-asteikko 2017.) Päädyimme harkinnan jälkeen 4-portaiseen asteikkoon yksinkertaisuuden ja selkeyden vuoksi. 4-portaisesta asteikosta on jätetty neutraali vastausvaihtoehto, esimerkiksi ei samaa eikä eri mieltä tai en osaa sanoa, pois kokonaan. Tämä on perusteltua, koska kysely ja väittämät käsittelevät kohdennetusti vastaajien työtä, nimenomaan heidän omaa työskentelytapansa. On siis oletettavaa, että vastaajilla on antaa jonkinlainen mielipide tai vastaus asiaan. Neutraali vaihtoehto ei myöskään anna sellaista informatiivista tietoa, jota toivomme tutkimuksen tuottavan. Lisäksi neutraali vastausvaihtoehto on vaikea käsitellä tilastollisessa tutkimuksessa numeerisena arvona, sillä se ei ole tulkittavissa vaihtoehtojen keskilähtökseen vaan kokonaan erilliseksi arvoksi. Neutraalin vastausvaihtoehdon ollessa mukana onkin mahdollonta laskea kaikkien vastausten numeerista keskiarvoa luotettavasti. (Heikkilä 2008, 53–54; Vehkalahti 2008, 35–36.)

Toinen usein käyttämämme vastausmalli käsittelee tietoa sen kannalta, kuinka usein jokin asia toteutuu. Likertin asteikko on toteutettu niin, ettei vastausvaihtoehtojen järjestys muutu. Tällä tavalla vastaaminen pyritään pitämään mielekkäänä. Joissakin kysymyksissä käytettiin dikotomista asteikkoa, joka tarkoittaa sitä, että vastausvaihtoehtoja on vain kaksi, käytännössä myöntävä sekä kieltävä vastaus. (Heikkilä 2008, 51; Vehkalahti 2008, 38–40.) Kyselyyn sisältyy lisäksi yksi sekamuotoinen kysymys. Tämä tarkoittaa sitä, että annettujen vastausvaihtoehtojen lisäksi on jätetty yksi avoin kysymys. Tämä varmistaa sen, että vastaajalla on mahdollisuus vastata, vaikka kaikkia mahdollisia vastausvaihtoehtoja ei olisikaan listattu valmiiksi kysymystä laadittaessa. (Heikkilä 2008, 52.) Tämän vastausmallin käyttö tutkimuksessamme on perusteltu sillä,

että vastaajilla on tilaa kertoa yleisimmin teoriasta nousseiden vastausvaihtoehtojen lisäksi omia näkemyksiään aiheeseen. Abstraktit käsitteet, kuten asenne, vaativat operationalisointia eli työstämistä ymmärrettävään muotoon ja konkreettisiksi väittämiksi (Vehkalahti 2008, 18).

9.4 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineistoa kerättiin Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajilta. Tähän tutkimusryhmään lukeutuivat myös osastoilla toimivat pitkäaikaiset, sisäiset sijaiset. Tutkimusaineiston keruu ajoittui marras-joulukuulle 2017, jolloin vuosilomat eivät merkittävästi vaikuttaneet kohderyhmään tai saatavien vastausten lukumäärään.

Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeella, joka luotiin Webropol-ohjelmalla. Tämä mahdollisti aineiston keruun ja käsittelyn sähköisesti. Kysely lähetettiin sähköisessä muodossa osastojen 3B ja 5 palvelutoiminnan esimiehelle, joka välitti kyselyn sekä sen oheen liitetyn saatekirjeen eteenpäin osastojen sairaanhoitajille. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa, jonka jälkeen kysely sulkeutui.

9.5 Aineiston analysointi

Kyselyn vastausajan päätyttyä aloitimme saadun aineiston tarkastelun ja käsittelyn. Suljetuista kysymyksistä saatujen vastausten analysointi toteutettiin Webropol-ohjelman omaa analysointityökalua hyödyntäen. Analyysin avulla selvitimme kyselystä saatujen vastausten prosenttimääriä. Tulokset on esitelty työssä havainnollistavien pylväskuvioiden avulla kunkin kysymyksen kohdalla.

Kyselyssä oli suljettujen kysymysten lisäksi useita avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin. Sisällönanalyysiä hyödyntäen on mahdollista kuvata tutkittavaa ilmiötä ei-numeerisin keinoin. Menetelmä pyrkii muodostamaan ilmiöstä kattavan kuvauksen luokittelemalla vastauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–135.) Laadullinen sisällönanalyysi voidaan jakaa sekä induktiiviseen analyysiin että deduktiiviseen analyysiin (Vilkka 2015, 76). Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysia tehtiin induktiivi-

sesti, eli aineistosta lähtien. Sisällönanalyysin ohjaavina tekijöinä olivat tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, teoriapohja sekä aiempien tutkimusten tulokset. Saatuja tuloksia siis tarkasteltiin aiemman teoriatiedon valossa.

Avoimien kysymysten vastausten analysointi aloitettiin vastausten redusoinnilla eli pelkistämällä. Vastauksista muodostettiin lyhyt, pelkistetty ilmaisu, mikä vastasi avoimeen kysymykseen. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmaisuja klusteroitiin eli ryhmiteltiin etsimällä ilmaisuista yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia ja muodostamalla niistä yhteensä 28 alakategoriaa. Näille alakategorioille kehitettiin sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi ilmaisut abstrahoitettiin eli luotiin teoreettinen käsite yhdistämällä alakategorioita yläkategorioiksi. Yläkategorioita muodostui yhteensä 15 kappaletta. Tässä sisällönanalyysissä emme kvantifioineet eli laskeneet, kuinka moni vastaajista oli käyttänyt kyseisten kategorioiden asioita vastauksissaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–92, 108.) Syynä tähän on osaksi suljettujen kysymysten suuri määrä, eli kysely itsessään tuottaa jo muilta osin paljon numeerista tietoa. Toinen syy on puhtaasti avoimien kysymysten tarkoitus saada laadullista tietoa ja tuoda esiin keskeisiä teemoja, ei niinkään tarkkailla, kuinka monta kertaa asiat nousevat esille.

9.6 Aikataulu

Opinnäytetyön aiheen varasimme helmikuun lopussa 2016 ja ensimmäinen tapaaminen yhteistyötahon kanssa toteutui maaliskuussa. Sopimukset opinnäytetyöstä allekirjoitettiin 20.5.2016 Carean johtajaylihoitajan kanssa. Pidimme ideaseminaarin 24. toukokuuta. Ennen suunnitelmaseminaaria täydensimme teoriapohjan sisältöä ja laadimme ensimmäisen version kyselylomakkeesta. Suunnitelmaseminaari pidettiin 11.5.2017. Ennen kyselyn toteutusta laadimme tutkimussuunnitelman. Lähetimme tutkimussuunnitelman ja tutkimuslupahakemuksen hyväksyttäväksi Carean johtajaylihoitajalle. Tutkimusluvan (liite 4) saimme noin kahden viikon kuluttua. Sovimme osastojen 3B ja 5 palvelutoiminnan esimiehen kanssa käytännön järjestelyistä ja kyselyn aikataulusta. Toteutimme kyselyn esitestauksen pienellä määrällä sairaanhoitajan sijaisia yhdessä osastojen palvelutoiminnan esimiehen kanssa. Pieniä korjausehdotuksia saatuaamme viimeistelimme kyselylomakkeen lopulliseen muotoonsa.

Osastojen palvelutoiminnan esimies lähetti kyselylomakkeen sähköisessä muodossa sairaanhoitajien vastattavaksi 17.11.2017. Kyselyn vastausaika oli kolme viikkoa.

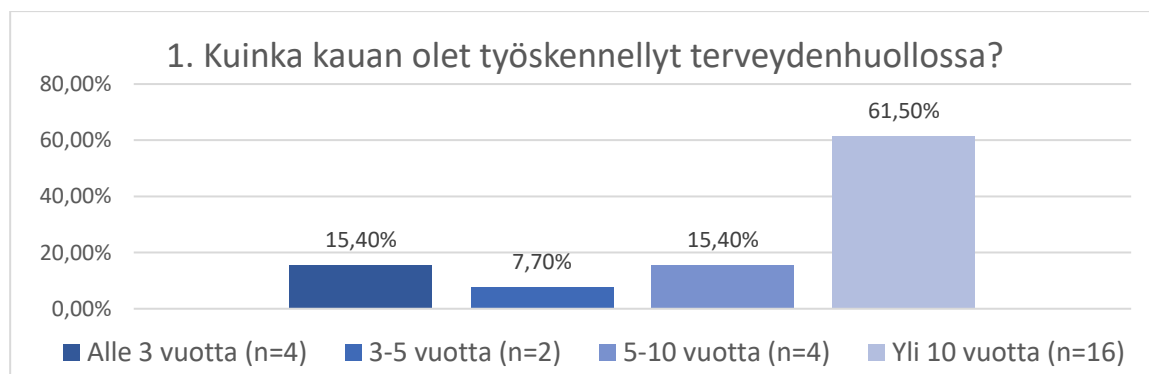
Kysely sulkeutui 8.12.2017, jonka jälkeen aloitimme vastausten analysoimisen. Maaliskuussa 2018 työ kävi läpi äidinkielellisen ja Abstractin tarkistuksen sekä Urkund-tarkistuksen, mikä selvitti työn yhteneväisyyksiä muuhun julkaisuun tekstiin työn alkuperäisyyden varmistamiseksi. Julkaisuseminaarin pidimme 10.4.2018. Tämän jälkeen valmis opinnäytetyö lähetettiin osastojen 3B ja 5 palvelutoiminnan esimiehelle, jotta he voivat käydä työn tuloksia läpi työyksiköissä hoitohenkilöstön kesken.

10 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselylomake lähetettiin 53 sairaanhoitajalle, joista 26 vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui 49,1 %. Vastausprosentti ei kuitenkaan toteutunut kaikissa kysymyksissä, sillä osa vastaajista jätti vastaamatta avoimiin kysymyksiin. Vastausten lukumäärät avoimissa kysymyksissä vaihtelivat 10–16 välillä.

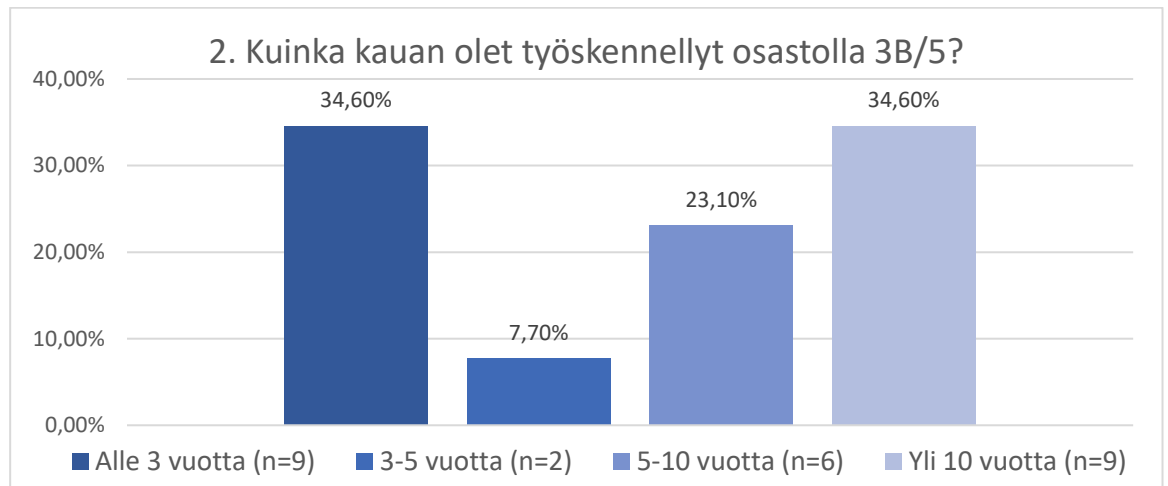
10.1 Taustakysymykset

Taustakysymykset käsittelivät vastaajien työkokemuksen määrää sekä koulutuspohjaa (kuva 3). Vastaajista neljä (15,4 %) ilmoitti työskennelleensä terveydenhuollossa alle kolme vuotta, ja yhtä suuri osuus vastasi työskennelleensä terveydenhuollossa viidestä kymmeneen vuotta. Vastaajista kaksi oli työskennellyt terveydenhuollossa kolmesta viiteen vuotta. Yli kymmenen vuotta terveydenhuollossa työskennelleitä oli 16 (61,5 %).



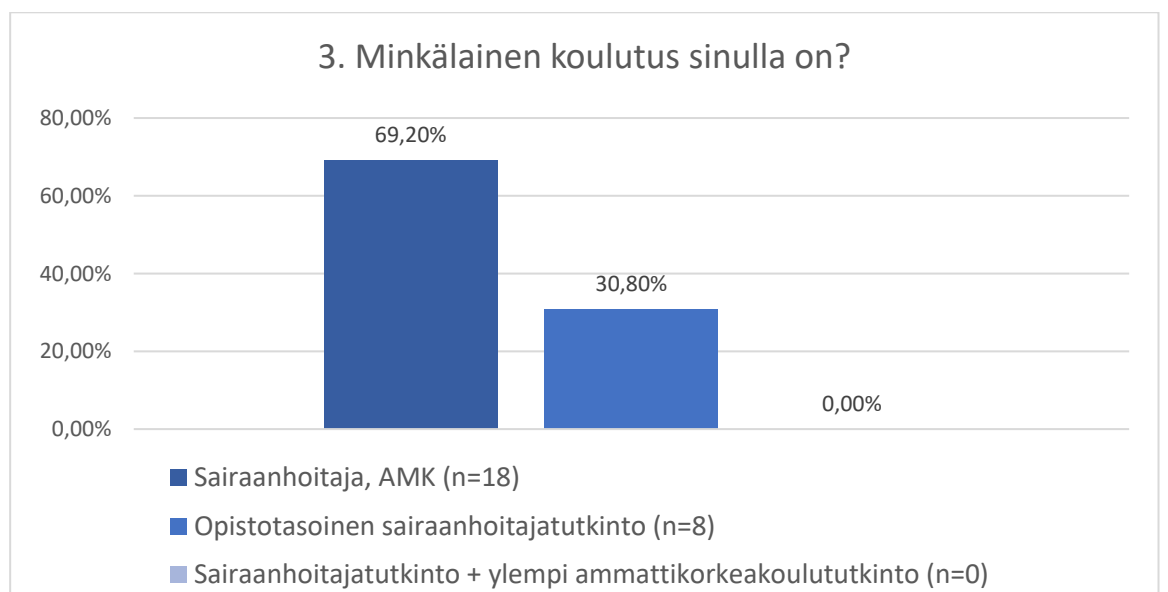
Kuva 3. Vastaajien työkokemus terveydenhuollossa (N=26)

Toinen taustakysymys kartoitti vastaajien työkokemusta osastoilla 3B tai 5. Vastaajista noin kolmannes (34,6 %) ilmoitti työskennelleensä kohdeosastoilla alle kolme vuotta, ja yhtä suuri osuus vastaajista oli työskennellyt osastoilla yli kymmenen vuotta. Vastaajista 7,7 % oli työskennellyt kohdeosastoilla kolmesta viiteen vuotta ja noin neljännes vastaajista (23,1 %) kertoi työskennelleensä kohdeosastoilla viidestä kymmeneen vuotta.



Kuva 4. Vastaajien työkokemus osastolla 3B/5 (N=26)

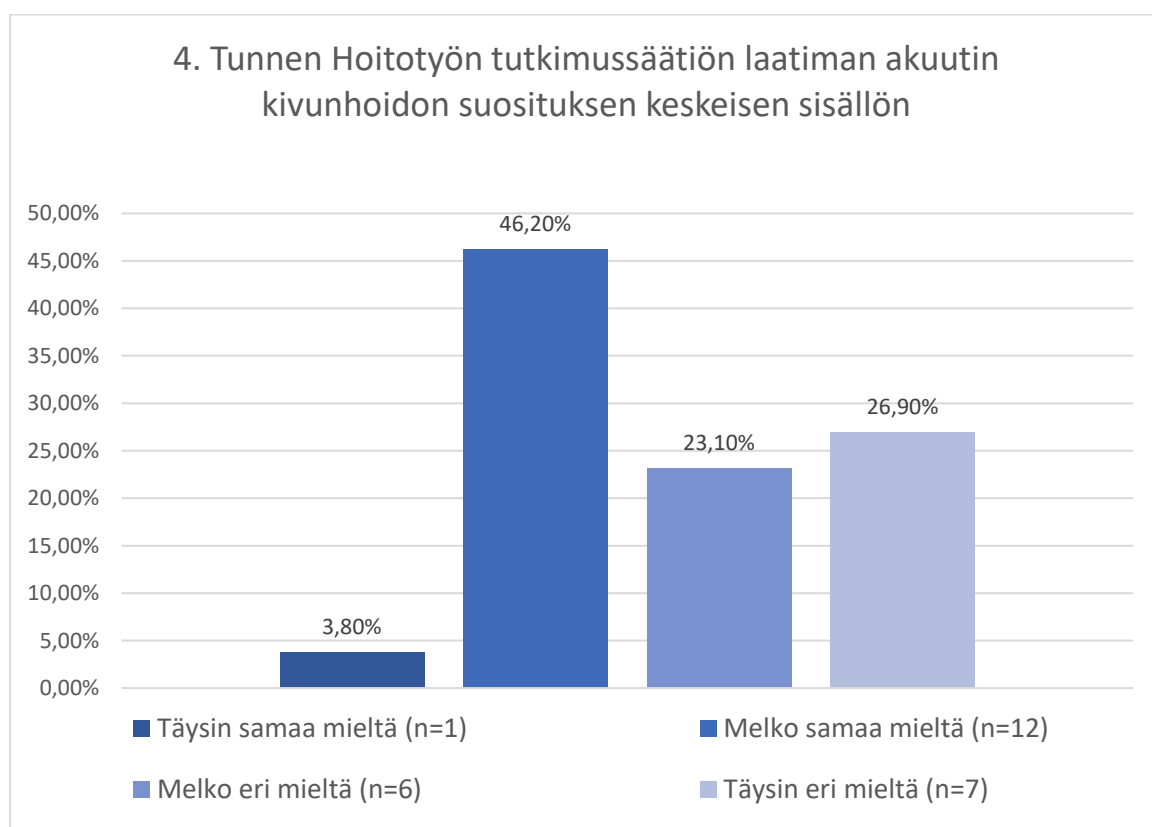
Kolmas taustakysymys kartoitti vastaajien koulutustaustaa. Vastaajista 18 (69,2 %) oli koulutukseltaan ammattikorkeakoulutasoisia sairaanhoitajia. Vastaajista kahdeksan (30,8 %) oli käynyt opistotasaisen sairaanhoitajatutkinnon. Yksikään vastaajista ei ollut suorittanut ylempää ammattikorkeakoulututkintoa.



Kuva 5. Vastaajien koulutustausta (N=26)

10.2 Hoitotyön tutkimussäätiön suositus

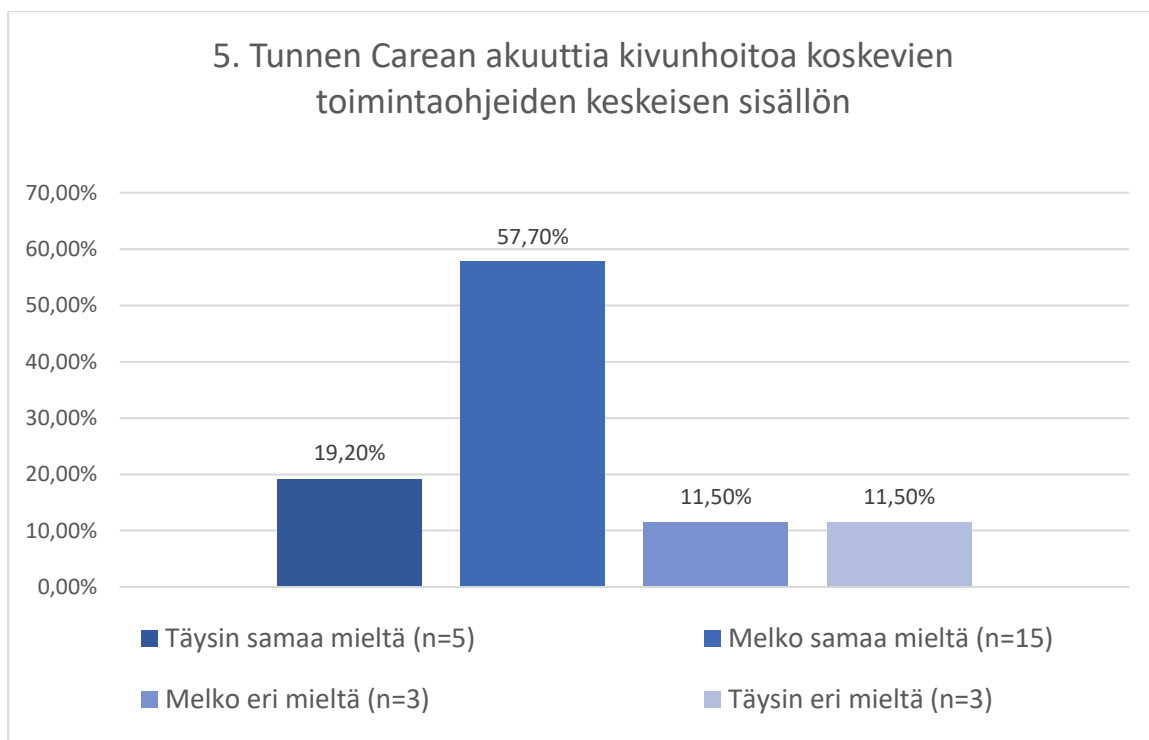
Väittämän avulla pyrittiin selvittämään, tuntevatko vastaajat Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman akuuttia kivunhoitoa koskevan suosituksen keskeisen sisällön (kuva 4). Vain yksi vastaajista ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä, ja lähes puolet (46,2 %) vastasi olevansa melko samaa mieltä. Vastaajista lähes joka neljäs ilmoitti olevansa melko eri mieltä ja 26,9 % vastaajista kertoi olevansa täysin eri mieltä.



Kuva 6. Hoitotyön tutkimussäätiön akuutin kivunhoidon suosituksen keskeisen sisällön tunteminen (N=26)

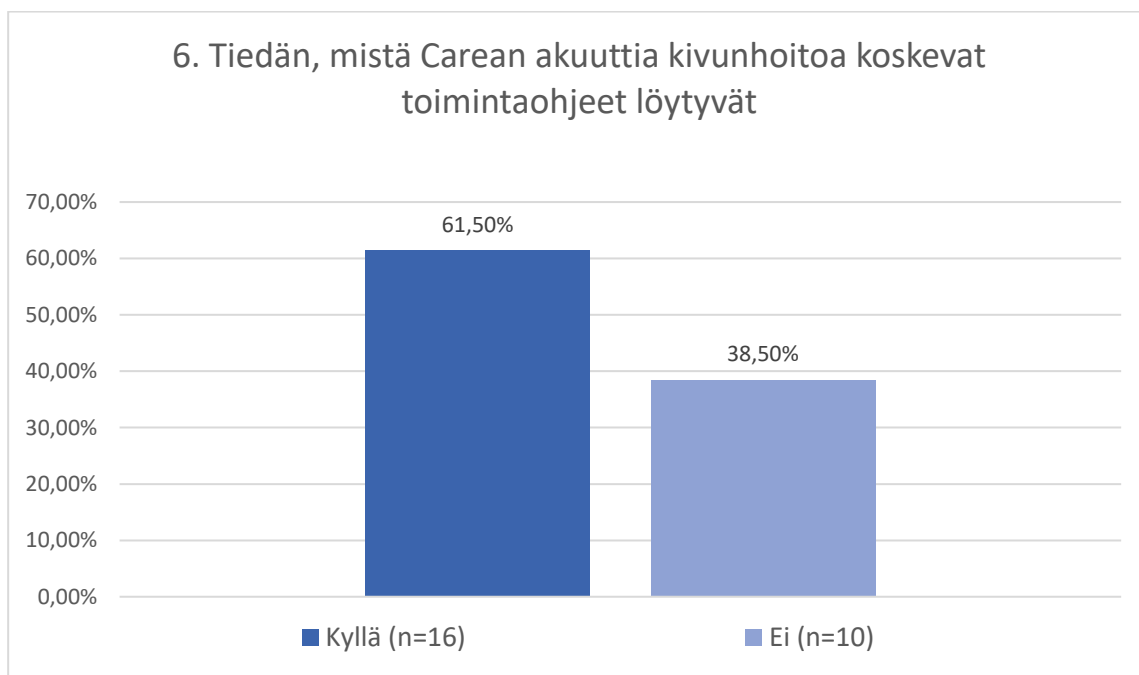
10.3 Carean toimintaohjeet

Väittämässä kartoitettiin, tuntevatko vastaajat Carean akuuttia kivunhoitoa koskevien toimintaohjeiden keskeisen sisällön (kuva 5). Kaikista 26 vastaajasta viisi (19,2 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä ilmoitti olevansa hieman yli puolet vastaajista eli 57,7 %. Vastaajista kolme (11,5 %) ilmoitti olevansa melko eri mieltä ja yhtä suuri osuus vastasi olevansa täysin eri mieltä.



Kuva 7. Carean akuuttia kivunhoitoa koskevien suositusten keskeisen sisällön tunteminen (N=26)

Seuraavassa kysymyksessä selvitettiin, tietävätkö vastaajat, mistä Carean akuuttia kivunhoitoa koskevat toimintaohjeet löytyvät (kuva 6). Vastaajista 16 (61,5 %) vastasi myöntävästi ja loput 10 vastaajaa valitsivat vastausvaihtoehdon "ei".

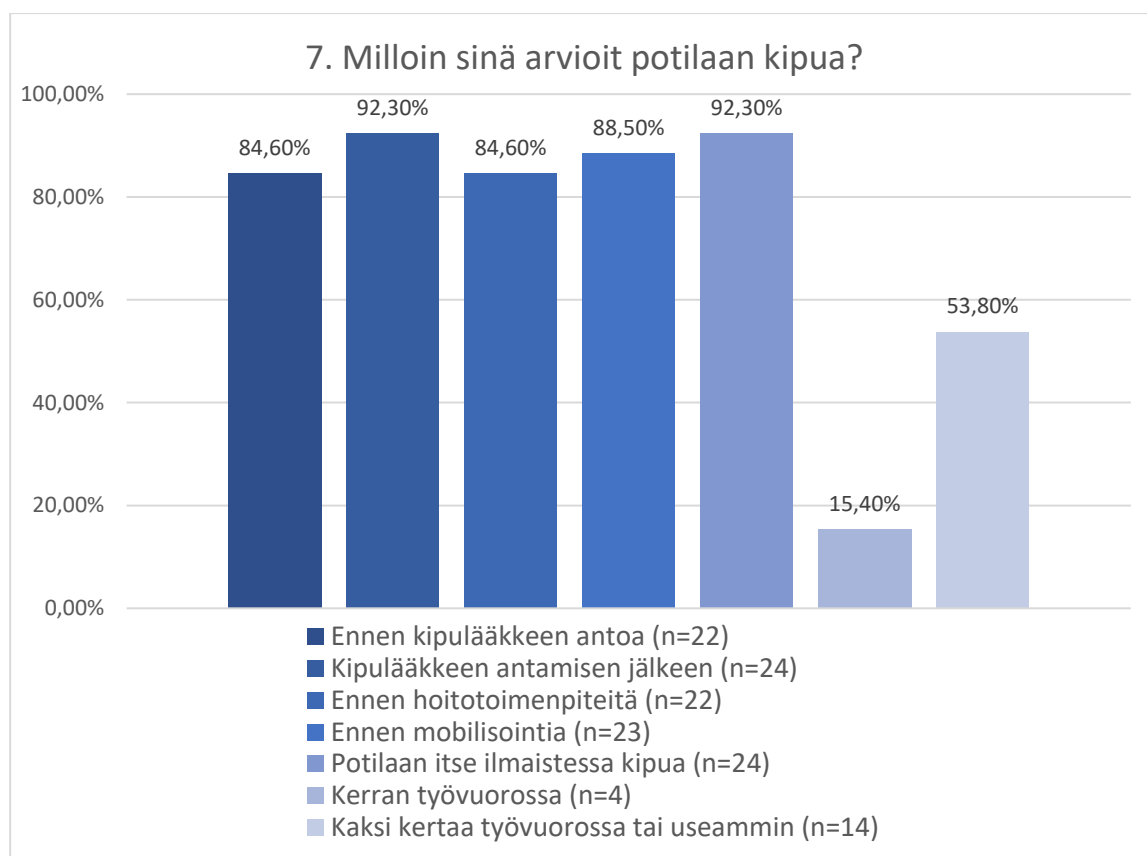


Kuva 8. Vastaajien tieto Carean akuuttia kivunhoitoa koskevien suositusten sijainnista (N=26)

10.4 Kivun tunnistaminen ja arviointi

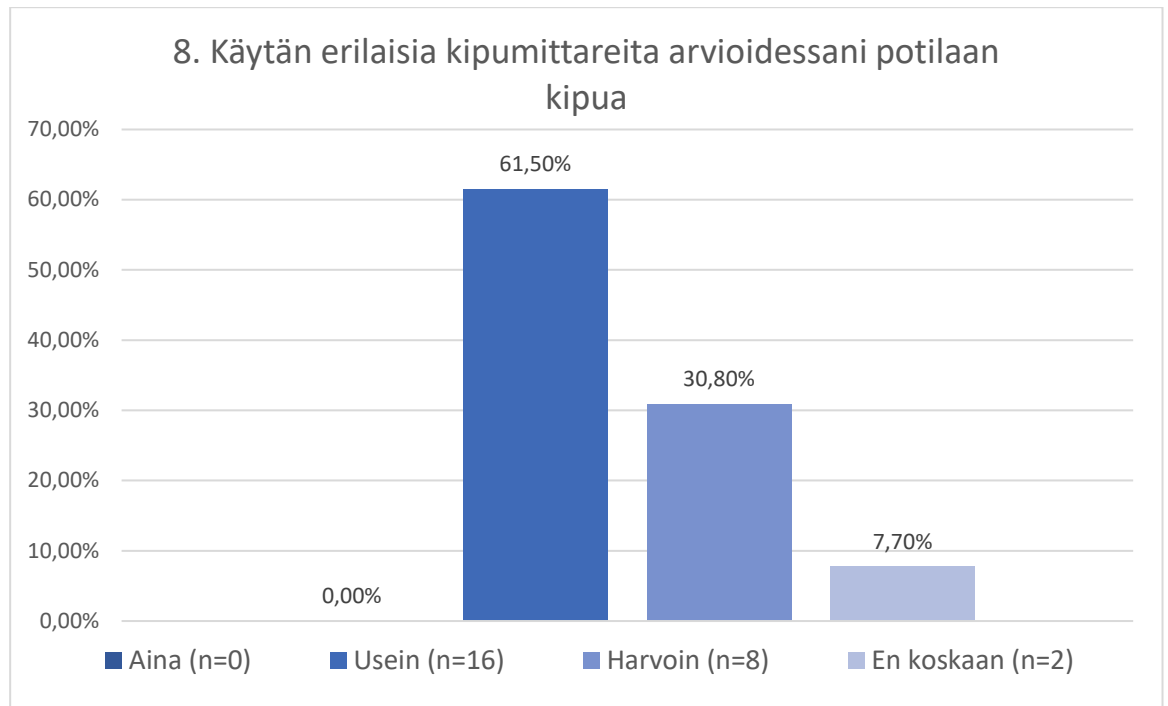
Vastaajilta kysyttiin, milloin he arvioivat potilaan kipua (kuva 7). Vastaajista 22 (84,6 %) ilmoitti arvioivansa kipua ennen kipulääkkeen antoa. Lähes kaikki vastaajista (92,3 %) kertoivat arvioivansa kipua lääkkeen antamisen jälkeen. 22 vastaajaa (84,6 %) arvioi kipua myös ennen hoitotoimenpiteitä. Ennen mobilisointia kipua arvioi 23 eli 88,5 % vastaajista. 24 (92,3 %) ilmoitti arvioivansa

kipua potilaan itse sitä ilmaistessa. Kerran työvuorossa kipua arvioi neljä (15,4 %) vastaajaa. Hieman yli puolet vastaajista arvioivat kipua systemaattisesti vähintään kaksi kertaa työvuorossa.



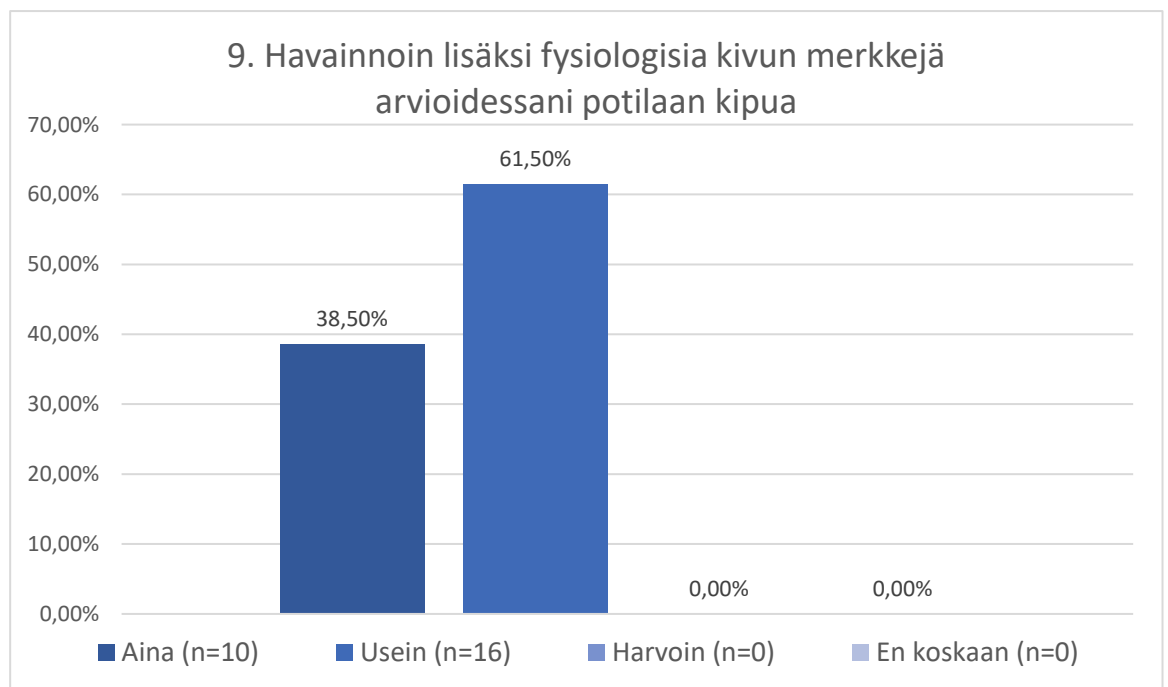
Kuva 9. Vastaajien ajankohdat arvioida potilaan kipua (N=26)

Seuraavassa väittämässä tarkasteltiin vastaajien kipumittareiden käyttöä (kuva 8). Kukaan vastaajista ei ilmoittanut käyttävänsä kipumittareita aina arvioidessaan potilaan kipua. Vastaajista 16 (61,5 %) ilmoitti käyttävänsä erilaisia kipumittareita usein potilaan kipua arvioidessa. Kahdeksan (30,8 %) vastasi käyttävänsä kipumittareita harvoin. Vastaajista kaksi (7,7 %) ilmoitti, etteivät he käytä kipumittareita koskaan.



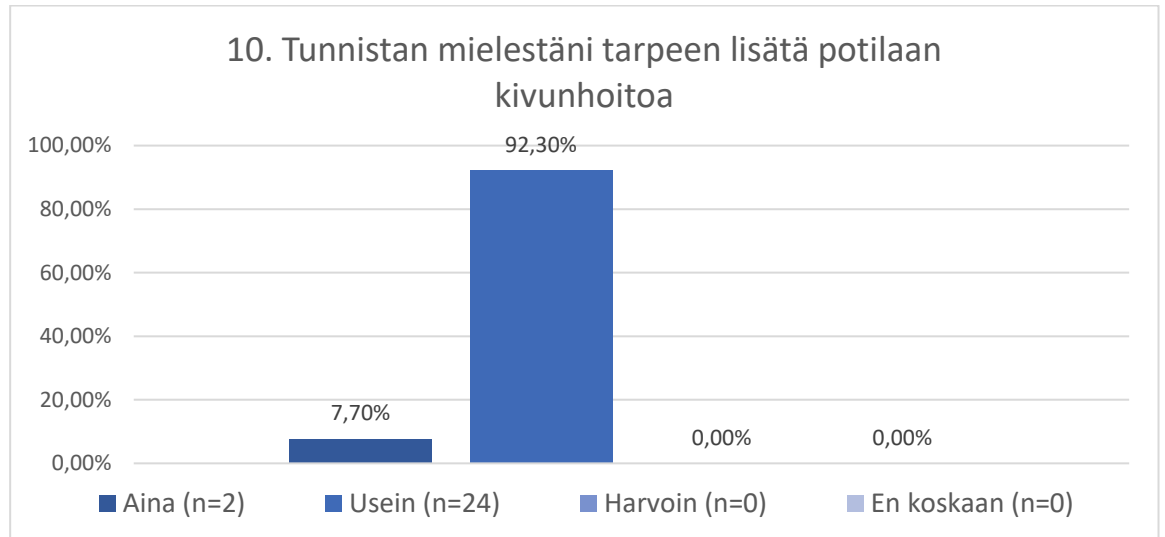
Kuva 10. Vastaajien kipumittareiden käyttö (N=26)

Seuraavassa väittämässä selvitettiin, havainnoivatko vastaajat lisäksi fysiologisia kivun merkkejä arvioidessaan potilaan kipua (kuva 9). Vastaajista 10 (38,5 %) ilmoitti havainnoivansa fysiologisia kivun merkkejä aina. Loput vastaajista (61,5 %) havainnoivat fysiologisia kivun merkkejä usein. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja harvoin tai en koskaan.



Kuva 11. Vastaajien toteuttama kivun fysiologisten merkkien arviointi (N=26)

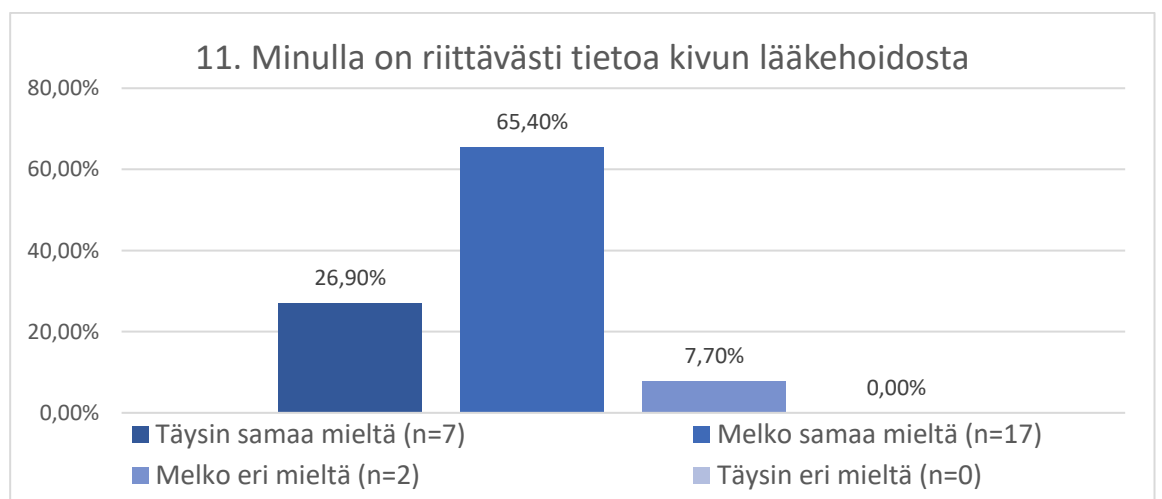
Väittämässä kartoitettiin, tunnistavatko vastaajat mielestään tarpeen lisätä potilaan kivunhoitoa (kuva 10). Vastaajista kaksi (7,7 %) ilmoitti tunnistavansa tarpeen lisätä potilaan kivunhoitoa aina. Valtaosa vastaajista (92,3 %) ilmoitti tunnistavansa tarpeen lisätä potilaan kivunhoitoa usein. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja harvoin tai en koskaan.



Kuva 12. Vastaajien kyky tunnistaa kivunhoidon lisäämisen tarve (N=26)

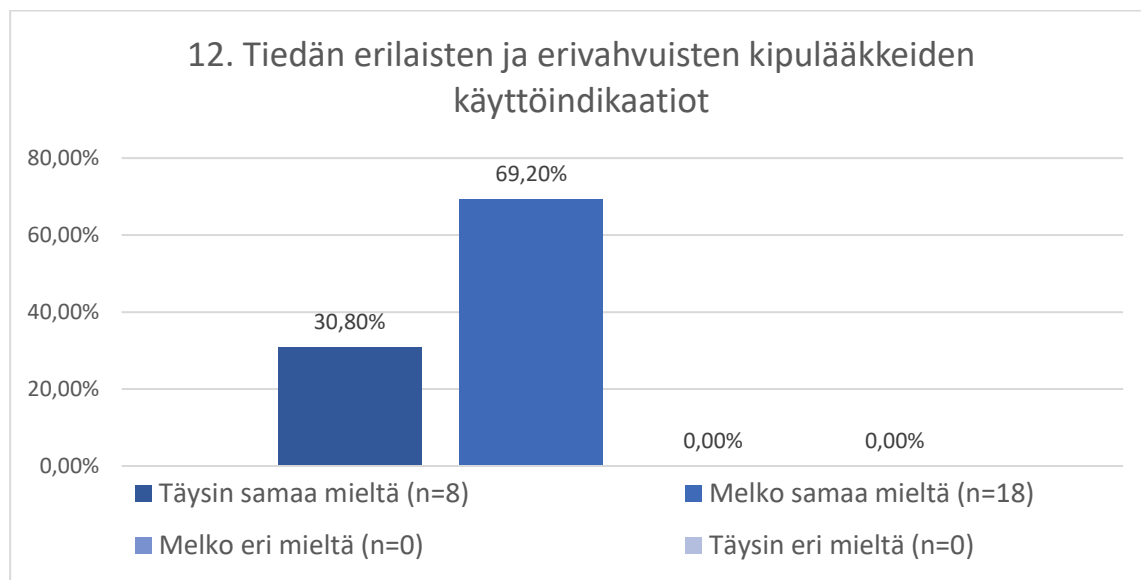
10.5 Kivun lääkkeellinen hoito

Väittämässä kartoitettiin, onko vastaajilla riittävästi tietoa kivun lääkehoidosta (kuva 11). Vastaajista seitsemän (26,9 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Yli puolet vastaajista (65,4 %) vastasi olevansa melko samaa mieltä. Vain kaksi vastaajaa ilmoitti olevansa melko eri mieltä, eikä kukaan vastaajista valinnut vastausvaihtoehtoa täysin eri mieltä.



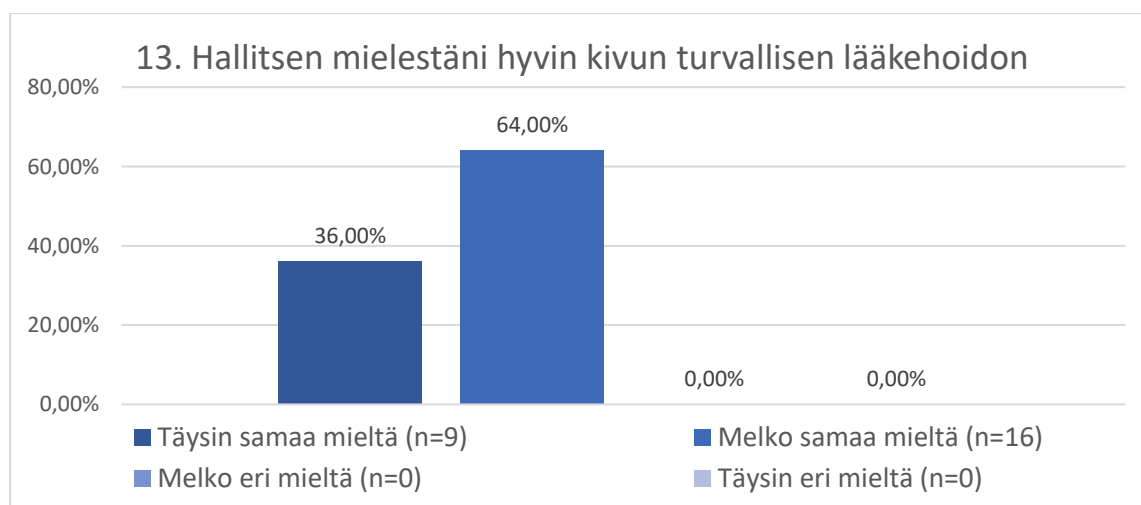
Kuva 13. Vastaajien riittävät tiedot kivun lääkehoidosta (N=26)

Seuraavassa kysymyksessä selvitettiin, tietävätkö vastaajat erilaisten ja erivahvuisten kipulääkkeiden käyttöindikaatit (kuva 12). Täysin samaa mieltä oli kahdeksan (30,8 %) vastaajista. Loput vastaajista (69,2 %) ilmoittivat olevansa melko samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja melko eri mieltä tai täysin eri mieltä.



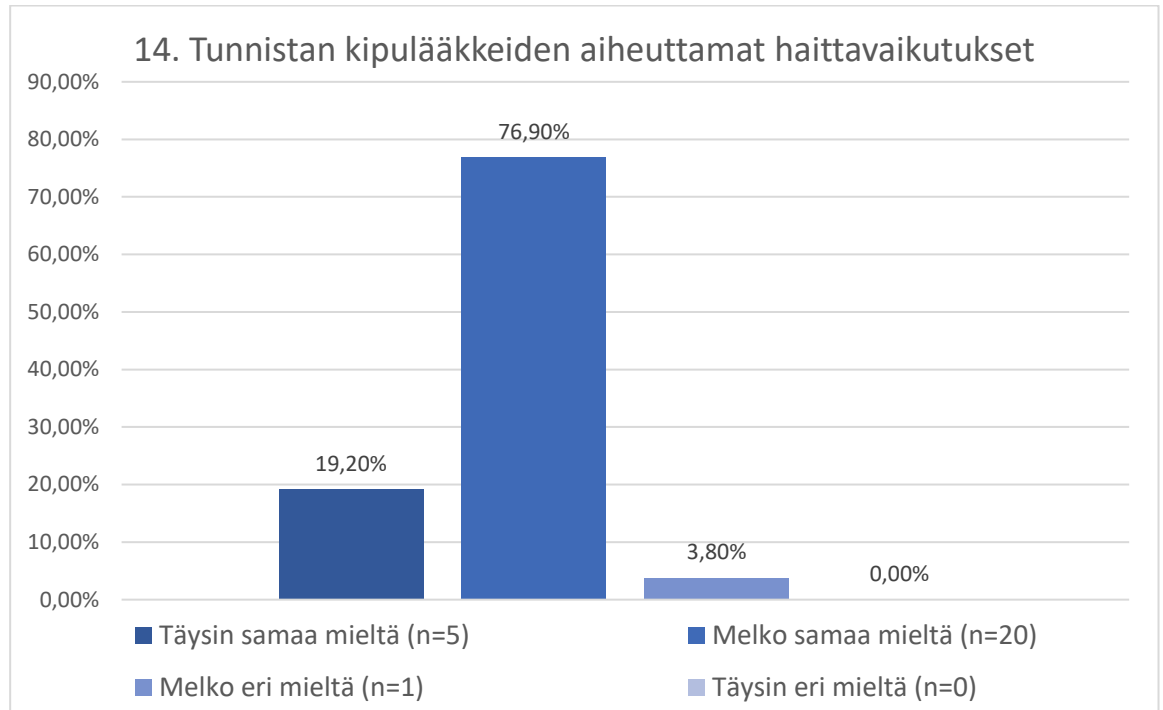
Kuva 14. Vastaajien riittävät tiedot kipulääkkeiden käyttöindikaatioista (N=26)

Kun vastaajilta kysyttiin hallitsevatko he mielestään hyvin kivun turvallisen lääkehoidon (kuva 13) vastaajista 36 % ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä. Yli puolet (64 %) ilmoitti olevansa melko samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja melko eri mieltä tai täysin eri mieltä.



Kuva 15. Vastaajien turvallisen lääkehoidon osaaminen (N=25)

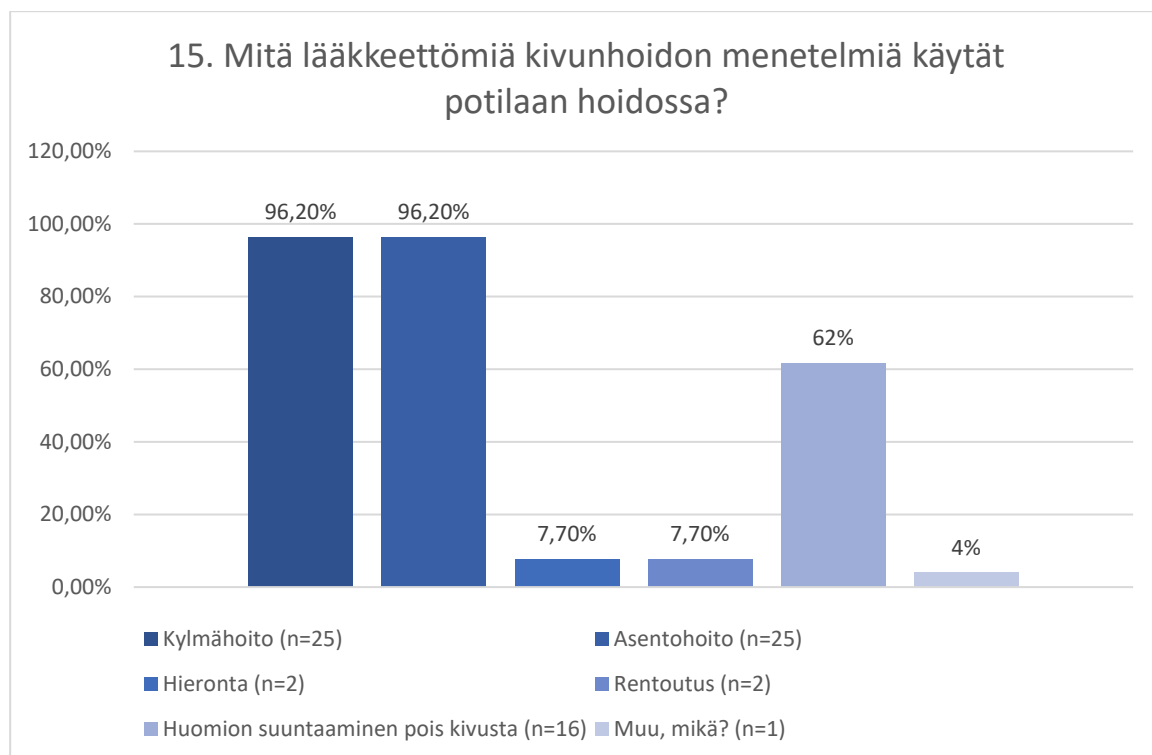
Kysymyksessä selvitettiin, tunnistavatko vastaajat kipulääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset (kuva 14). Vastaajista viisi (19,2 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä ja valtaosa (76,9 %) ilmoitti olevansa melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli vain yksi vastaaja. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa täysin eri mieltä.



Kuva 16. Vastaajien kyky tunnistaa kipulääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset (N=26)

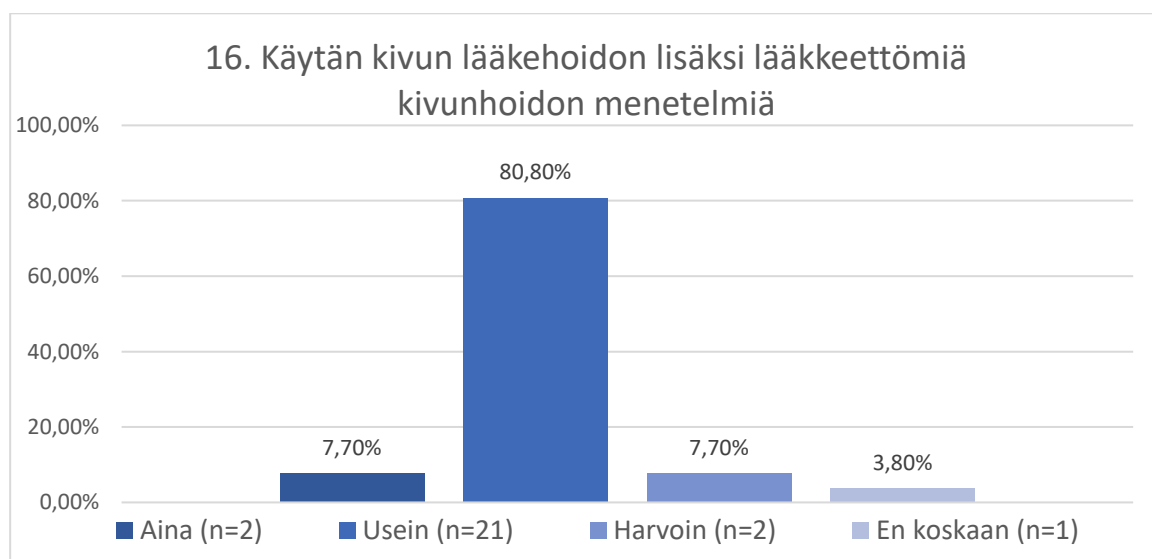
10.6 Kivun lääkkeetön hoito

Seuraavaksi kysyttiin, mitä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä vastaajat käyttävät potilaan hoidossa (kuva 15). Kaikista 26 vastaajasta yksi jätti vastausmatta kysymyksen kokonaan, jonka voidaan seuraavan kysymyksen vastausten perusteella tulkita tarkoittavan, ettei hän käytä mitään näistä menetelmistä. Lopuista 25 vastaajasta kaikki kertoivat käyttävänsä kylmähoitoa sekä asentohoitoa potilaan kivun hoidossa. Vastaajista kaksi (7,7 %) ilmoitti käyttävänsä hierontaa osana kivunhoitoa. Yhtä suuri osuus vastaajista ilmoitti hoitavansa potilaan kipua rentoutuksen avulla. Yli puolet vastaajista (62 %) kertoi suuntaavansa potilaan huomion pois kivusta. Yksi vastaaja valitsi lisäksi vastausvaihtoehdon ”muu, mikä” ja kertoi turvallisuuden tunteen luomisen ja luotamuksellisen hoitosuhteen olevan keinoja lievittää potilaan kipua.



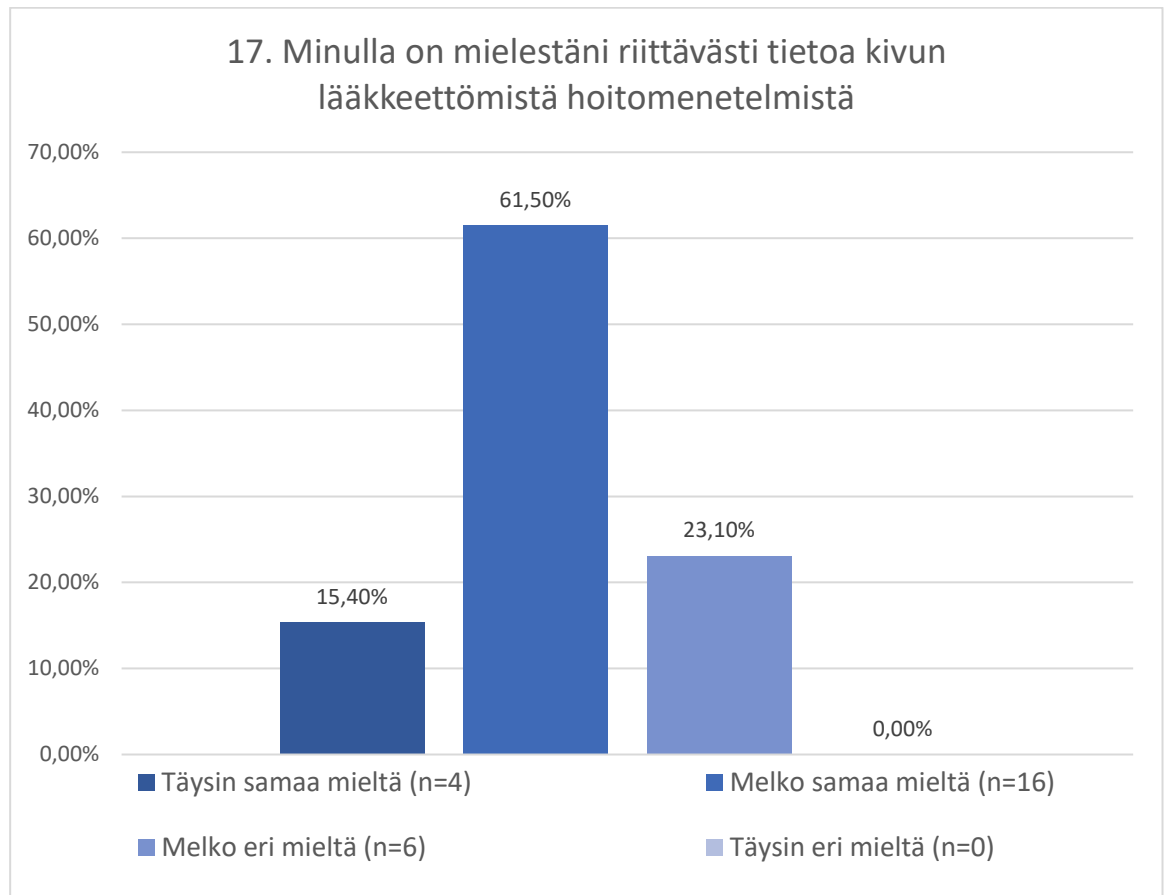
Kuva 17. Vastaajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät (N=26)

Kysymyksessä selvitettiin lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöä lääkehoidon rinnalla (kuva 16). Vastaajista kaksi (7,7 %) kertoi käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä aina, kun taas valtaosa (80,8 %) kertoi käyttävänsä niitä usein. Kaksi kyselyyn vastanneista ilmoitti käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä harvoin ja vain yksi vastaaja ilmoitti, ettei käytä niitä koskaan.



Kuva 18. Vastaajien lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien toteutus (N=26)

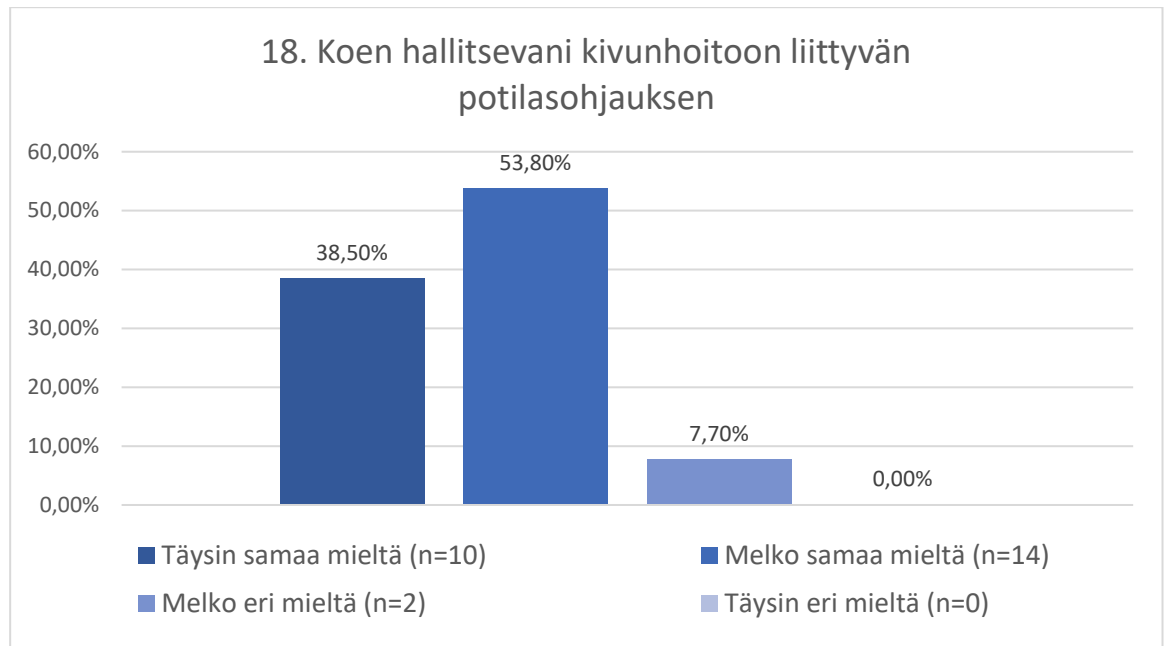
Seuraavan kysymyksen avulla tutkittiin, onko vastaajilla mielestään riittävästi tietoa kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä (kuva 17). Neljä vastaajaa (15,4 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä ja yli puolet (61,5 %) ilmoitti olevansa melko samaa mieltä. Vastanneista lähes joka viides (23,1 %) kertoi olevansa melko eri mieltä. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa täysin eri mieltä.



Kuva 19. Vastaajien osaaminen lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä (N=26)

10.7 Potilasohjaus kivunhoidossa

Kun vastaajilta kysyttiin kokevatko he hallitsevansa kivunhoitoon liittyvän potilasohjauksen (kuva 18) kymmenen vastaajista ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja noin puolet (53,8 %) ilmoitti olevansa melko samaa mieltä. Vain kaksi (7,7 %) kertoi olevansa melko eri mieltä. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa täysin eri mieltä.



Kuva 20. Vastaajien kokemus kivunhoidon potilasohjauksen osaamisesta (N=26)

Avoimessa kysymyksessä selvitettiin, minkälaista ohjausta vastaajat antavat potilailleen kivunhoitoon liittyen. Vastauksia luokitellessa pääkohdiksi nousivat kivunhoidon mahdollistaminen, kivunhoidon menetelmien ohjaus, kivun lääkeshoidon vaikutuksen seuranta sekä toipumiseen liittyvä ohjaus (liite 5).

Kivunhoidon mahdollistaminen sisälsi alaluokat kivusta kertominen, kipulääkkeen pyytäminen, tiedot kivunhoidon hyödyistä sekä tiedonkulku hoitohenkilöstölle. Lähes kaikki vastaajat mainitsivat vastauksissaan, että he ohjaavat potilaita kertomaan kivusta ajoissa tai pyytämään kipulääkettä ennen kivun voimakkaaksi yltymistä. Kivunhoidon hyödyistä kertominen nousi seuraavaksi alaluokaksi; osa vastaajista ilmoitti korostavansa potilaille nopean reagoimisen helpottavan kivun hoitamista sekä kertovansa riittävän kivunhoidon hyödyistä suhteessa varhaiseen kuntoutumiseen ja liikkeellelähtöön. Henkilöstön tiedonkulkuun liittyvä alaluokka sisälsi kehotuksen ottaa yhteyttä henkilöstöön tarpeen mukaan sekä ohjausta hälytyskellon soittamisesta. Avoimissa vastauksissa mainittiin myös potilaan rauhoittelu kertomalla mahdollisuudesta kutsua lääkäri, mikäli kipua ei saada nykyisillä hoitokeinoilla lievittymään tarpeeksi.

Kivunhoidon menetelmien ohjaukseen sisältyi teoretiedon jakamista lääkkeiden haitoista, vaikutusmekanismeista ja yhteiskäytöstä. Tämä alaluokka käsitti myös lääkkeettömään kivunhoitoon liittyvän ohjauksen. **Kivun lääke-**

hoidon vaikutuksen seuranta käsitti vastaukset, joissa hoitajat kertoivat kehottavansa potilaita kertomaan lääkehoidon vaikutuksista, kuten saavutetusta tai saavuttamattomasta vasteesta tai haittavaikutuksista. **Toipumiseen liittyvä ohjaus** painotti kertomista sopivasta liikunnan määrästä toipumisvaiheessa sekä kipulääkityksen asteittaisesta vähentämisestä. Lisäksi hoitajat kertoivat kotiutumisen yhteydessä ohjeistavansa potilaita ottamaan yhteyttä osastolle tai omaan terveyskeskukseen, jos kivun voimakkuus pysyy maksimitasolla eikä kipu tunnu hellittävän.

10.8 Kivunhoidon kirjaaminen

Avoimessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia kertomaan, mitä asioita he kirjaavat potilaan kivunhoidosta. Keskeisimmiksi käsitteiksi nousivat kivun arviointi, kivunhoidon toteutus ja kivunhoidon vaikutuksen arviointi (liite 6). Pieni osa kysymykseen vastanneista sairaanhoitajista kertoi kirjaavansa lisäksi potilaalle annetun ohjauksen potilastietojärjestelmään.

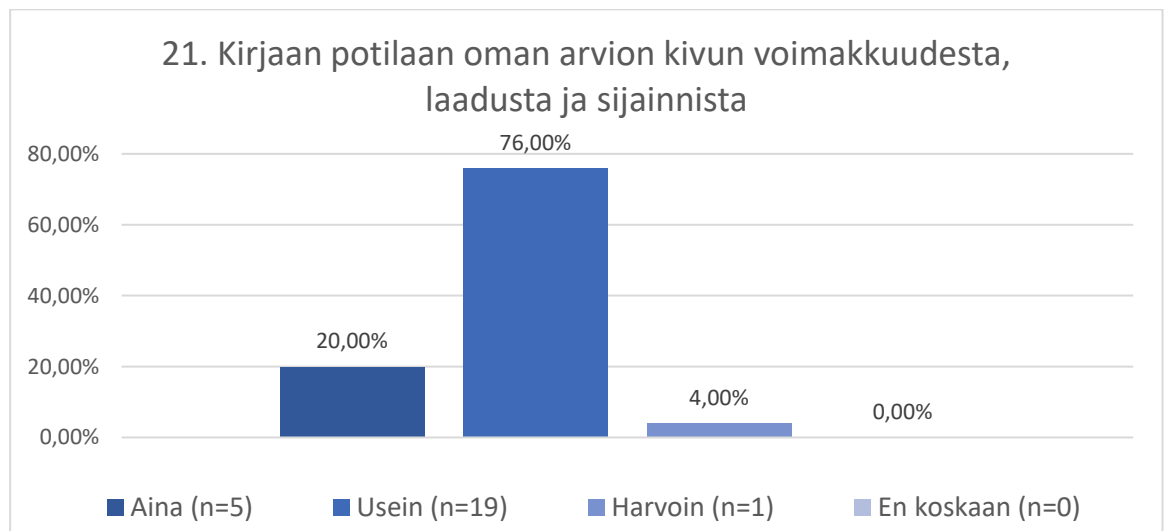
Kivun arvioinnin kirjaamiseen sisältyivät potilaan oma arvio kivustaan, kivun ulkoisten merkkien havainnointi sekä kipumittarien käyttö. Valtaosa vastanneista ilmoitti kirjaavansa potilaan kertomuksen kivusta ja kivun ominaisuuksista. Kirjaukset sisälsivät maininnan muun muassa kivun laadusta, voimakkuudesta ja sijainnista. Lisäksi sairaanhoitajat kertoivat kirjaavansa kipukokemukseen vaikuttavat tekijät, kuten hengittämisen, liikkeen tai asennon. Osa vastanneista kertoi myös kirjaavansa tekemänsä havainnot potilaan kipukokemuksesta potilastietojärjestelmään. Havainnointi käsittää arvion siitä, vaikuttaako potilas ulkoisesti kivuliaalta. Lähes jokainen vastaaja ilmoitti kirjaavansa kivun arvioinnin potilastietojärjestelmään, mutta vain muutamasta vastauksesta nousi esille VAS-kipumittarin käytön kirjaaminen ja kivun voimakkuuden arviointi kipumittarilla.

Potilaan **kivunhoidon toteutusta** koskevaan kirjaamiseen sisältyivät lääkkeellisen sekä lääkkeettömän kivunhoidon kirjaaminen. Vastanneista valtaosa ilmoitti kirjaavansa potilaalle annetun kipulääkkeen potilastietojärjestelmään. Annetusta kipulääkkeestä kirjattiin annos, vahvuus, antotapa, aika ja miksi lääke on annettu. Lisäksi osa vastanneista ilmoitti kirjaavansa mahdolliset

lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät. Vastauksista nousivat esille erityisesti kylmä- ja asentohoidon käyttö osana kivunhoitoa.

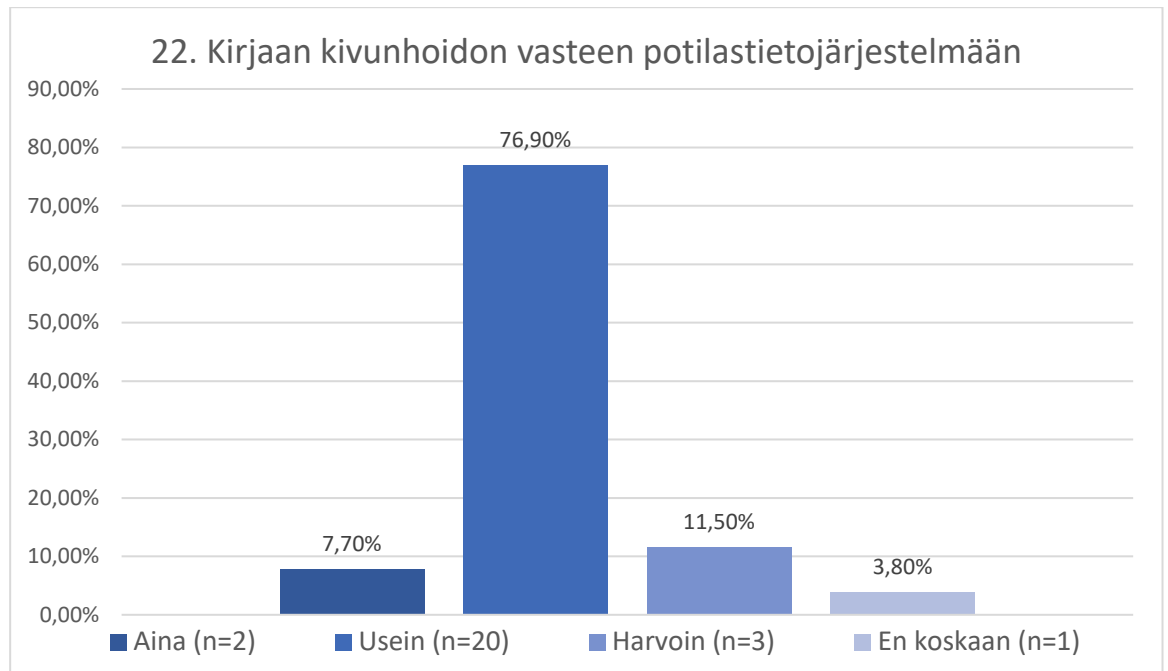
Lähes jokaisesta vastauksesta ilmeni, että sairaanhoitajat kirjasivat **arvion kivunhoidon vaikuttavuudesta** potilastietojärjestelmään. Vastauksista nousi esille sekä lääkkeellisen että lääkkeettömän kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi. Lääkkeellisen kivunhoidon vaikutuksesta kirjattiin, saatiinko kipulääkkeellä toivottu vaikutus ja tuliko lääkkeestä sivuvaikutuksia. Kivunhoidon vaikuttavuus kirjattiin potilaan suullisen palautteen tai ulkoisen havainnoimisen perusteella. **Ohjausta** koskevaan kirjaamiseen sisältyivät kivunhoidon ohjauksen lisäksi maininnat lääkehoidon ohjeistamisesta.

Seuraavassa väittämässä selvitettiin, kirjaavatko vastaajat potilaan oman arvion kivun voimakkuudesta, laadusta ja sijainnista potilastietojärjestelmään (kuva 21). Vastaajista neljännes (20 %) ilmoitti kirjaavansa potilaan oman arvion aina, kun taas valtaosa (76 %) ilmoitti kirjaavansa sen usein. Vain yksi vastaaja ilmoitti kirjaavansa potilaan oman arvion harvoin. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa ”en koskaan”.



Kuva 21. Vastaajien tottumukset kirjata kivun ominaisuuksista (N=25)

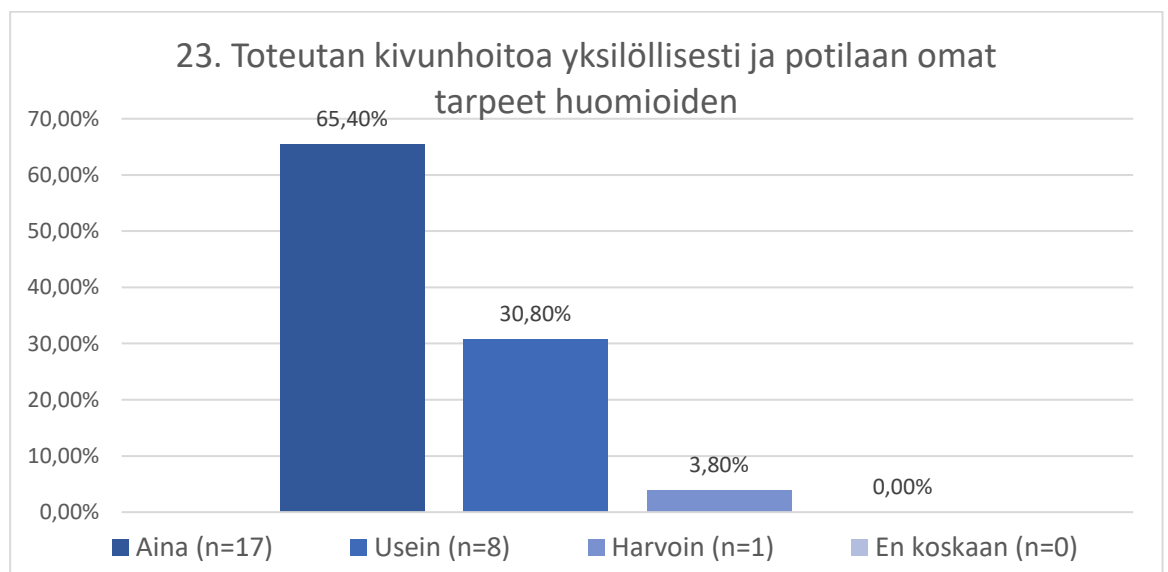
Seuraavaksi kysyttiin, kirjaavatko vastaajat kivunhoidon vasteen potilastietojärjestelmään (kuva 22). Vastaajista kaksi kertoi kirjaavansa kivunhoidon vasteen potilastietojärjestelmään aina. Suurin osa vastaajista (76,9 %) ilmoitti kirjaavansa sen usein. Kolme (11,5 %) vastaajaa ilmoitti kirjaavansa kivunhoidon vasteen harvoin ja yksi (3,8 %) vastasi, ettei kirjaa sitä koskaan.



Kuva 22. Vastaajien tottumukset kirjata kivunhoidon vaste potilastietojärjestelmään (N=26)

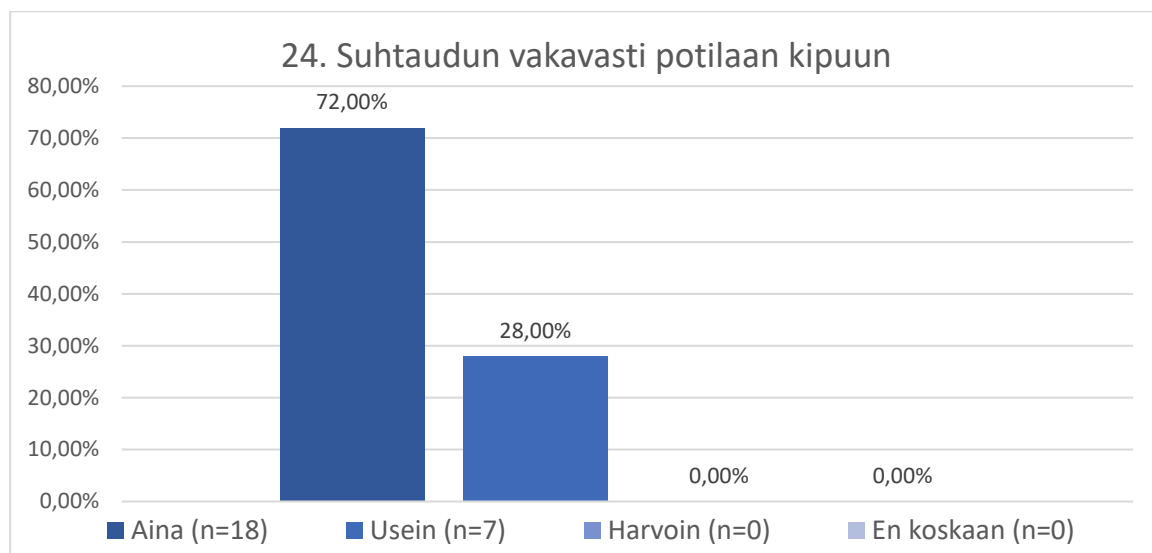
10.9 Sairaanhoitajan asenteelliset valmiudet kivunhoidossa

Väittämässä kartoitettiin, toteuttavatko vastaajat potilaan kivunhoitoa yksilöllisesti ja potilaan omat tarpeet huomioiden (kuva 23). Vastaajista suurin osa (65,4 %) valitsi vaihtoehdon aina ja kahdeksan (30,8 %) vastaajaa valitsi vaihtoehdon usein. Yksi vastaaja ilmoitti toteuttavansa kivunhoitoa yksilöllisesti ja potilaan omat tarpeet huomioiden harvoin. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa "en koskaan".



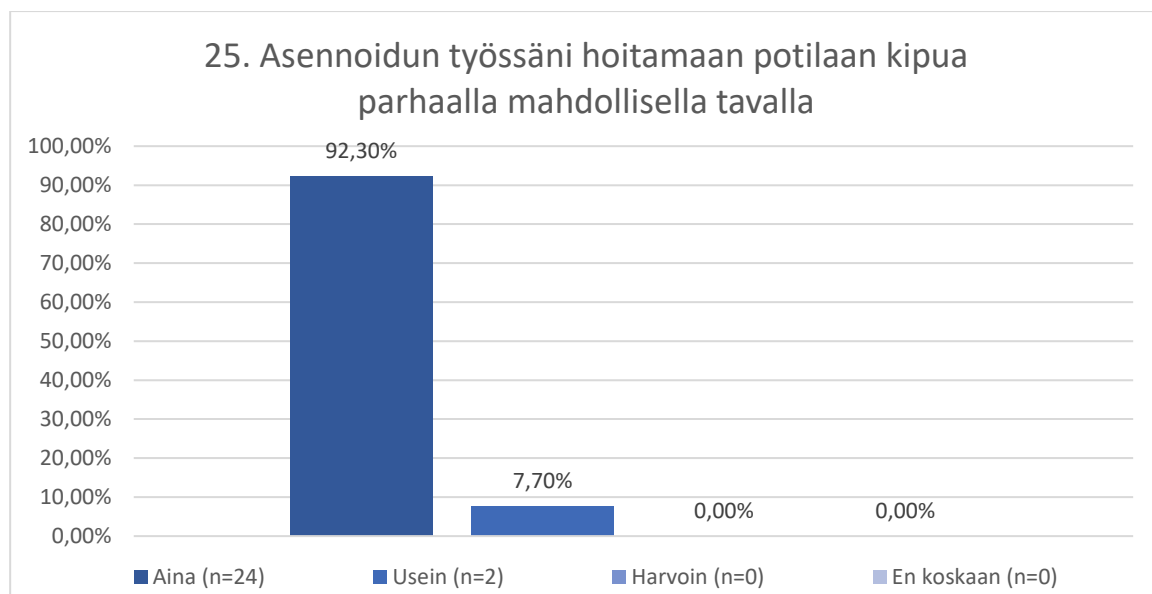
Kuva 23. Vastaajien kyky toteuttaa kivunhoitoa yksilöllisesti (N=26)

Kysyttäessä, suhtautuvatko vastaajat vakavasti potilaan kipuun (kuva 24), valtaosa (72 %) vastasi suhtautuvansa siihen aina vakavasti. Vastaajista seitsemän (28 %) valitsi vastausvaihtoehdon usein. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja harvoin tai en koskaan.



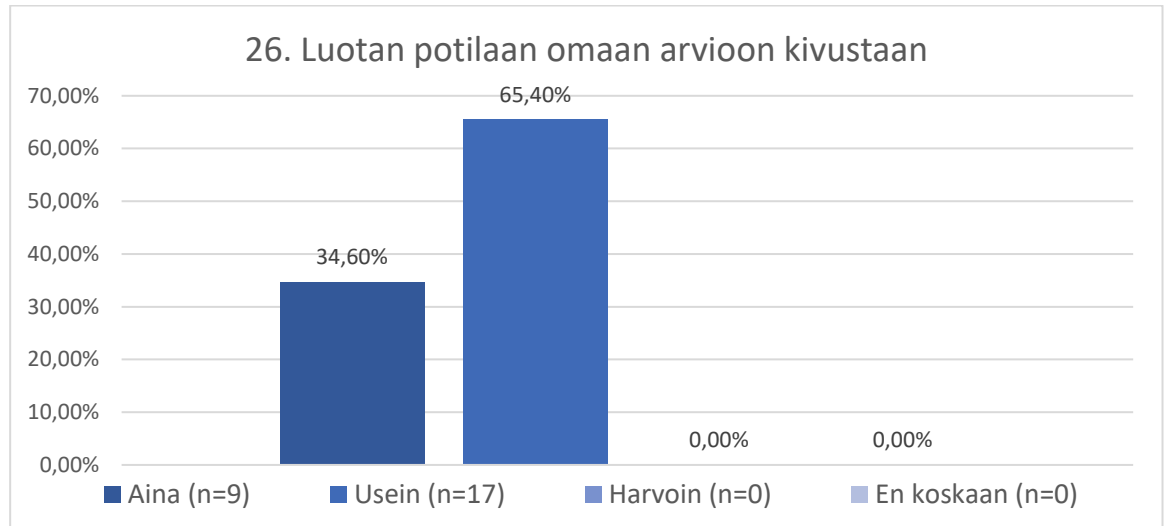
Kuva 24. Vastaajien suhtautuminen potilaan kipuun (N=25)

Seuraavan väittämän avulla tutkittiin vastaajien asennoitumista kivunhoitoon (kuva 25). Valtaosa (92,3 %) vastasi asennoituvansa aina hoitamaan potilaan kipua parhaalla mahdollisella tavalla. Vain kaksi (7,7 %) vastasi samaan väittämään asennoituvansa näin usein. Vastaajista yksikään ei valinnut vastausvaihtoehtoja harvoin tai en koskaan.



Kuva 25. Vastaajien asennoituminen potilaan kivun hoitamiseen (N=26)

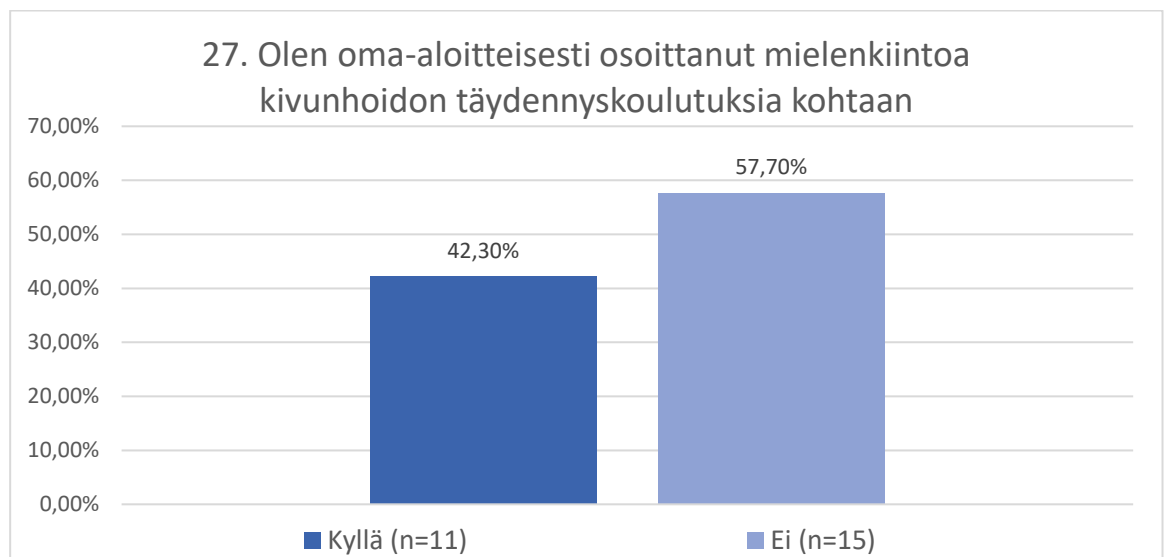
Seuraavassa väittämässä tarkasteltiin sitä, luottavatko vastaajat potilaan kipuarvioon (kuva 26). Reilu kolmasosa vastaajista kertoi luottavansa potilaan omaan arvioon kivusta aina. Vastaajista 17 (65,4 %) kertoi luottavansa potilaan arvioon usein. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa harvoin tai en koskaan.



Kuva 26. Vastaajien luottamus potilaan arvioon kivusta (N=26)

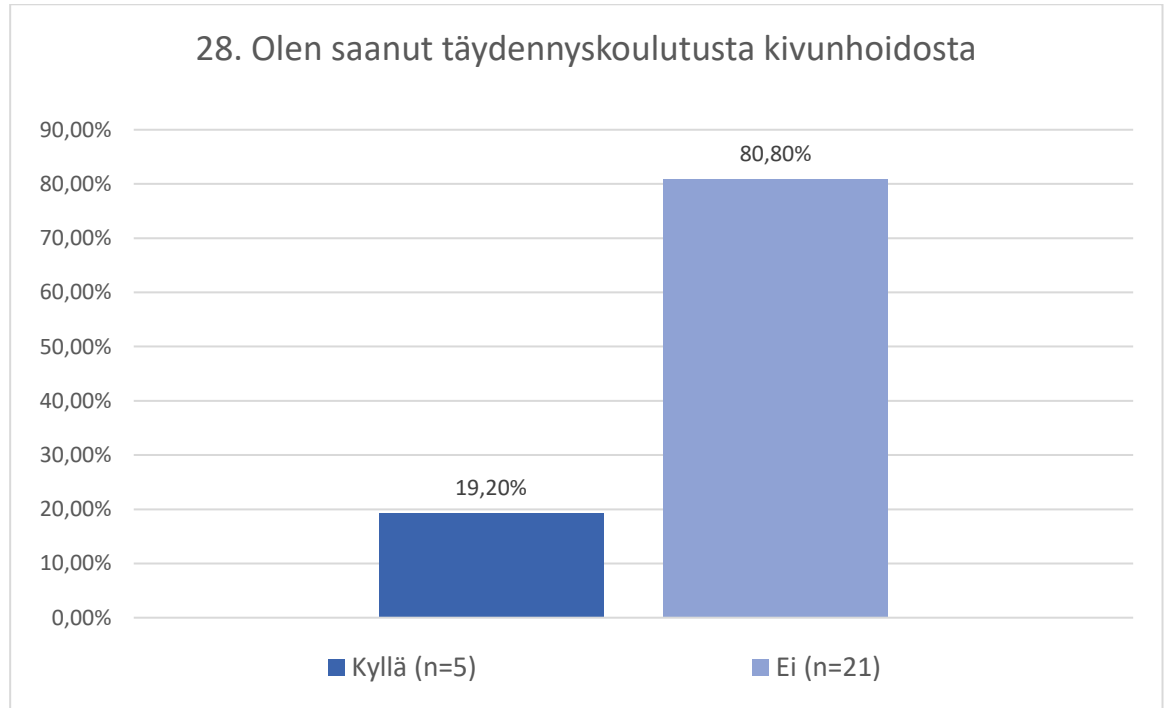
10.10 Hoitotyön laadun varmistaminen ja täydenniskoulutukset

Väittämässä selvitettiin, olivatko vastaajat tuoneet ilmi kiinnostusta kivunhoidon täydenniskoulutuksia kohtaan (kuva 27). Alle puolet vastasivat myöntävästi, kun taas 15 (57,7 %) vastaajaa ilmoitti, etteivät he ole oma-aloitteisesti osoittaneet mielenkiintoa kivunhoidon täydenniskoulutuksia kohtaan.



Kuva 27. Vastaajien osoittama mielenkiinto kivunhoidon lisäkoulutuksia kohtaan (N=26)

Seuraavan kysymyksen avulla tutkittiin, kuinka moni vastaajista oli saanut kivunhoidon osalta täydennyskoulutusta (kuva 28). Vain viisi (19,5 %) vastasi saaneensa täydennyskoulutusta kivunhoidosta, kun taas valtaosa (80,8 %) vastasi kysymykseen kieltävästi.



Kuva 28. Vastaajien saama kivunhoidon täydennyskoulutus (N=26)

10.11 Kivunhoidon toteutuminen

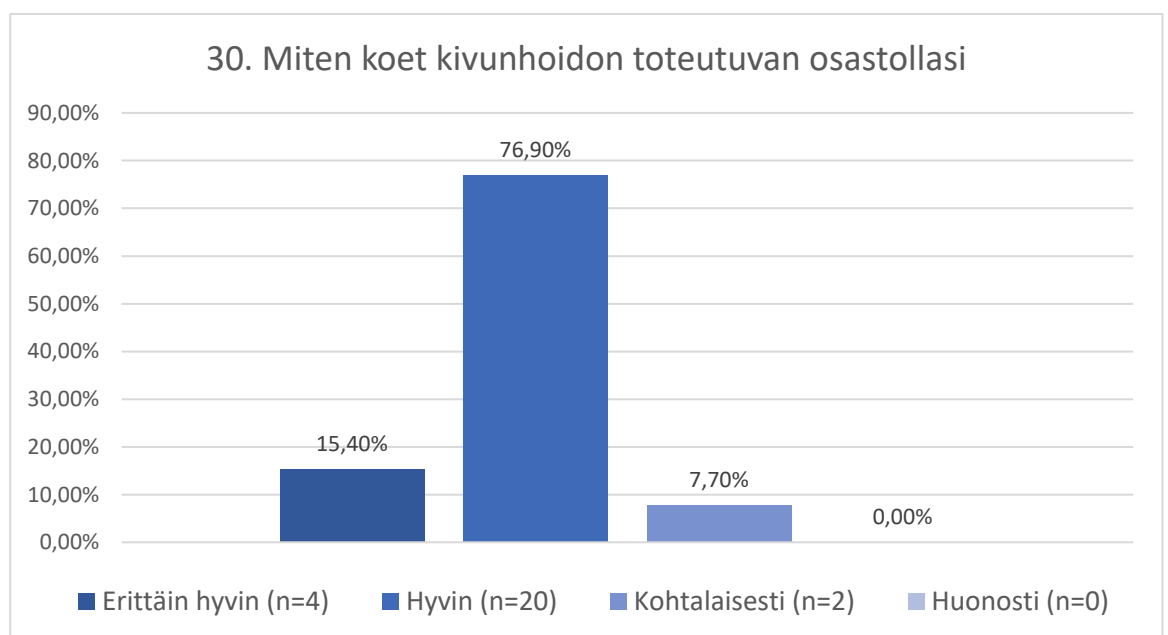
Avoimessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin kertomaan, mitkä tekijät haittaavat kivunhoidon toteutusta heidän työssään. Pääkohdiksi muodostuivat **organisaatiotekijät, henkilöstöön liittyvät tekijät, asenteet ja kommunikointi** (liite 7). Vastauksissa korostui etenkin sairaanhoitajien kokemus kiireestä.

Rajallisten resurssien koettiin olevan yksi tekijä, joka aiheutti kiireen tunnetta. Lisäksi tehtävien keskeytykset ja hoitajien liiallinen kuormitus koettiin kivunhoitoa haittaavaksi tekijäksi. Vastauksista ilmeni, että hoitajat kokivat tulleen useinkin keskeytetyksi kivunhoitoa toteuttaessaan:

”Ajoittain kiire, kun on luvannut potilaalle kipulääkkeen, mutta matkalla lääkehuoneeseen esim. soi puhelin, lääkärillä on asiaa, omaisella on asiaa ym. Niin harmittaa, kun potilas joutuu odottamaan.”

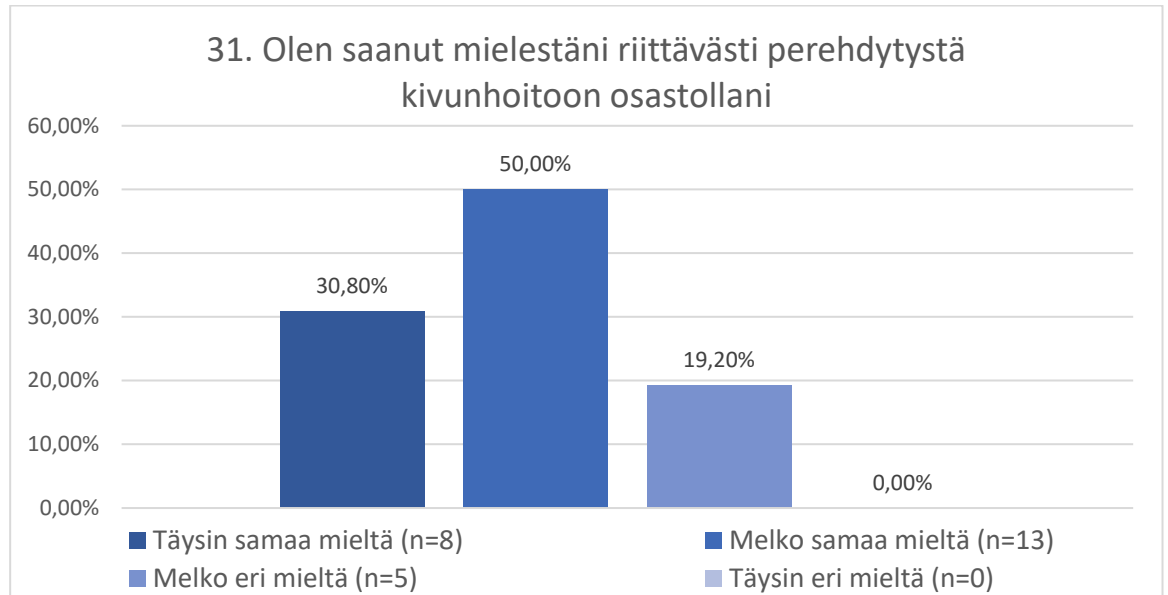
Osa vastaajista kertoi puutteellisten lääkemääräysten haittaavan kivunhoidon toteuttamista. Vastauksista ilmeni, että lääkärin tavoittaminen etenkin päivystysaikaan koettiin haasteelliseksi ja aikaa vieväksi. Kivunhoidon toteutumista haittaaviksi tekijöiksi mainittiin myös hoitohenkilöstön keskuudessa vallitsevat erilaiset kivunhoidon käytännöt. Lisäksi esille nousi maininta sairaanhoitajien asenteiden eroavaisuuksista. Toisten sairaanhoitajien koettiin vähättelevän potilaan kokemaa kipua, mikä esti kivunhoidon optimaalista toteutumista. Osa kysymykseen vastanneista koki kommunikoinnin puutteen haittaavan kivunhoidon toteutumista työssään. Tämä ilmeni hoitohenkilöstön välisenä puutteellisuutena raportoisena sekä hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen vajavaisuutena. Sairaanhoitajat kokivat, ettei potilas välttämättä kerro kivusta rehellisesti. Lisäksi hoitajat kokivat, ettei potilas aina tunnista kipulääkkeen tarvetta tai pyydä kipulääkettä ajoissa, jolloin kivunhoito hankaloituu.

Viimeisissä kysymyksissä tutkittiin vastaajien mielipiteitä osaston toiminnasta kivunhoidon ja perehdytysten osalta. Kysyttäessä, kuinka vastaajat kokevat kivunhoidon toteutuvan osastollaan (kuva 30), vastaajista neljä (15,4 %) koki kivunhoidon toteutuvan osastollaan erittäin hyvin. Valtaosa oli sitä mieltä, että kivunhoito toteutuu hyvin. Pieni osa vastaajista (7,7 %) ilmoitti, että he kokivat kivunhoidon toteutuksen osastollaan kohtalaiseksi. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa huonosti.



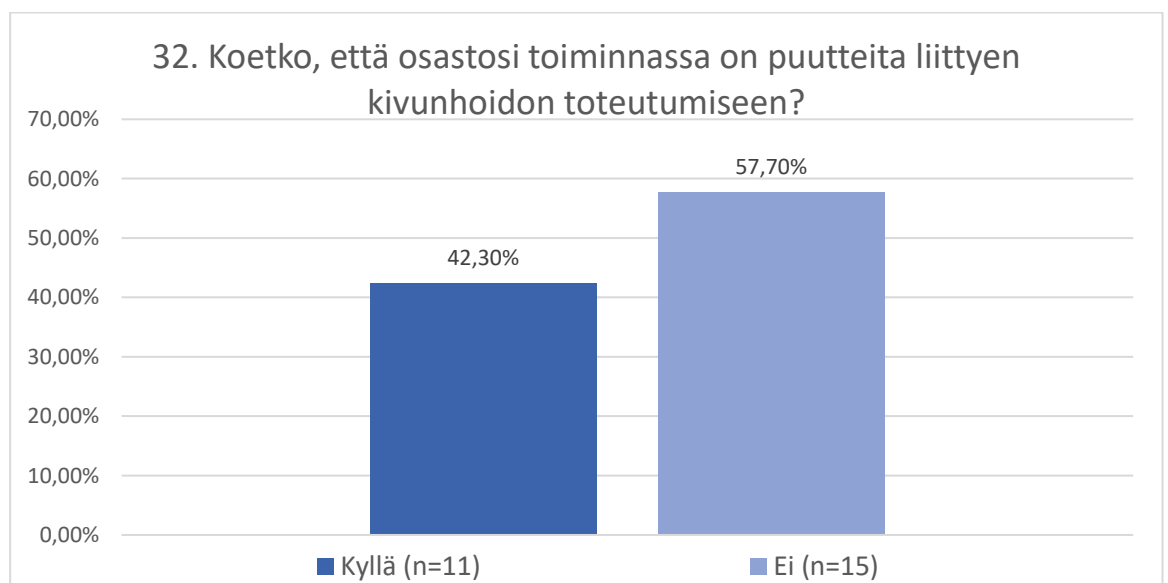
Kuva 29. Vastaajien kokemus kivunhoidon toteutumisesta osastollaan (N=26)

Väittämässä tarkasteltiin, kokivatko vastaajat saaneensa mielestään riittävästi perehdytystä kivunhoitoon osastollaan (kuva 31). Kahdeksan (30,8 %) vastasi olevansa täysin samaa mieltä perehdytyksen riittävydestä. Puolet vastaajista oli melko samaa mieltä. Loput, eli noin viidesosa vastaajista ilmaisi olevansa melko eri mieltä. Kukaan ei valinnut vastausvaihtoehtoa täysin eri mieltä.



Kuva 30. Vastaajien kokemus perehdytyksen riittävydestä (N=26)

Väittämässä tutkittiin, kokivatko vastaajat kivunhoidon toteutumisen puutteelliseksi osastollaan (kuva 32). Vastaajista lähes puolet (42,3 %) koki kivunhoidon toteutuksessa olevan puutteita osastolla. Loput vastaajista vastasivat kysymykseen kieltävästi.



Kuva 31. Vastaajien kokemus kivunhoidon toteutuksen puutteista osastollaan (N=26)

Avoimessa kysymyksessä selvitettiin vastaajien kivunhoitoa koskevia kehittämisideoita. Keskeisimmiksi käsitteiksi nousivat **lisäkoulutus**, **yhtenäistämisen** ja **suhtautuminen** (liite 8). Lähes jokaisesta vastauksesta nousi esille sairaanhoitajien toivomus saada lisäkoulutusta kivunhoidosta. Lisäksi osa kysymykseen vastanneista toivoi osastolle selkeitä ja yhteneviä ohjeita, joiden mukaan kivunhoitoa toteutettaisiin sekä kirjattaisiin. Yhtenä kehittämisideana pidettiin myös uusien työntekijöiden parempaa perehdyttämistä. Työn sujuvuuden takaamiseksi toivottiin lisäksi parempia ja yhtenevämpiä kipulääkemääräyksiä lääkäreiltä. Potilaan kipuun suhtautumisessa koettiin olevan parantamisen varaa ja osa vastanneista toivoikin hoitohenkilökunnan suhtautuvan potilaan kokemaan kipuun vakavammin.

11 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen tulokset on esitetty yhteenveto tuloksista -osiossa siten, että ”täysin samaa mieltä” ja ”melko samaa mieltä” on yhdistetty omaksi luokakseen sekä ”täysin eri mieltä” ja ”melko eri mieltä” omaksi luokakseen. Lisäksi muutamien kysymysten kohdalla vastausvaihtoehdot ”aina” ja ”usein” on yhdistetty omaksi luokakseen.

Kysyttäessä tuntevatko vastaajat Hoitotyön tutkimussäätiön akuuttia kivunhoitoa koskevan suosituksen, jakautuivat vastaukset tasan. Suositus ei ollut kaikille sairaanhoitajille tuttu, ja vain noin puolet vastasivat tuntevansa suosituksen keskeisen sisällön. Valtaosa vastaajista koki kuitenkin tuntevansa Carean akuuttia kivunhoitoa koskevien yksikön sisäisten toimintaohjeiden keskeisen sisällön ja suuri osa vastaajista myös tiesi, mistä nämä toimintaohjeet löytyvät.

Kun vastaajilta kysyttiin, milloin he arvioivat potilaan kipua, lähes kaikki vastasivat arvioivansa kipua ennen kipulääkkeen antoa, kipulääkkeen antamisen jälkeen, ennen hoitotoimenpiteitä, ennen mobilisointia ja potilaan itse ilmaisessa kipua. Lisäksi valtaosa vastasi käyttävänsä usein kipumittareita potilaan kivun arvioimisen tukena. Lähes jokainen vastaaja kertoi havainnoivansa myös kivun fysiologisia merkkejä joko aina tai usein arvioidessaan potilaan kipua. Kaikki kokivat pääsääntöisesti tunnistavansa tarpeen lisätä potilaan kivunhoitoa.

Kun vastaajilta kysyttiin kivun lääkehoidosta, valtaosalla heistä oli mielestään riittävästi tietoa kivun lääkehoidosta. Lisäksi jokainen vastaaja koki tietävänsä erilaisten ja erivahvuisten kipulääkkeiden käyttöindikaatiot sekä hallitsevansa hyvin kivun turvallisen lääkehoidon. Kysymykseen vastanneista kaikki kertoivat tunnistavansa kipulääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset.

Kivun lääkkeettömästä hoidosta kysyttäessä, yhtä lukuun ottamatta, kaikki vastaajat kertoivat käyttävänsä kylmähoitoa sekä asentohoitoa osana kivun lievitystä. Lisäksi suurin osa ilmoitti yrittävänsä suunnata potilaan huomion pois kivusta. Vastaajista enemmistö ilmoitti käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä osana kivun kokonaisvaltaista hoitoa. Valtaosalla oli lisäksi riittävästi tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä, mutta osa oli kuitenkin sitä mieltä, etteivät he tienneet niistä tarpeeksi.

Kun vastaajilta kysyttiin ohjauksesta, suurin osa koki hallitsevansa kivunhoitoon liittyvän potilasohjauksen. Avoimessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin kertomaan, minkälaista potilasohjausta he antavat kivunhoidosta. Vastauksissa korostui muun muassa potilaan ohjeistaminen kertomaan kivustaan ajoissa ja pyytämään kipulääkettä ennen kuin kipu yltyy voimakkaaksi.

Seuraavassa avoimessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin, mitä asioita he kirjaavat potilaan kivunhoidosta. Vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajat kirjaavat potilastietojärjestelmään potilasohjauksen, kivun arvioinnin, kivunhoidon toteutuksen sekä kivunhoidon vaikutuksen arvioinnin. Suurin osa sairaanhoitajista kertoi kirjaavansa potilastietojärjestelmään myös potilaan oman arvon kivustaan. Lisäksi lähes jokainen vastaajista ilmoitti kirjaavansa kivunhoidon vasteen potilastietojärjestelmään.

Sairaanhoitajien asenteellisia valmiuksia kartoitettaessa, enemmistö vastaajista kertoi toteuttavansa kivunhoitoa yksilöllisesti ja potilaan omat tarpeet huomioiden. Lisäksi kaikki vastaajat ilmoittivat suhtautuvansa vakavasti potilaan kipuun ja asennoituvansa hoitamaan potilaan kipua parhaalla mahdollisella tavalla. Osa vastaajista kertoi luottavansa potilaan omaan arvioon kivustaan aina, mutta valtaosa vastasi luottavansa siihen vain usein.

Kysyttäessä ovatko sairaanhoitajat oma-aloitteisesti osoittaneet mielenkiintoa kivunhoidon täydennyskoulutuksia kohtaan, jakautuivat vastaukset melko lailla tasan. Lisäksi valtaosa vastaajista kertoi, etteivät he olleet vielä saaneet täydennyskoulutusta kivunhoidosta.

Sairaanhoitajat kokivat kiireen sekä kommunikoinnin puutteen haittaavan kivunhoidon toteutusta työssään. Kun vastaajilta kysyttiin, miten he kokevat kivunhoidon toteutuvan osastollaan, suurin osa koki sen toteutuvan hyvin. Lisäksi valtaosa vastanneista oli sitä mieltä, että he ovat saaneet riittävästi perehdytystä kivunhoitoon. Kysyttäessä onko osastoilla puutteita kivunhoidon toteutuksessa, jakautuivat vastanneiden mielipiteet lähes tasan. Hieman alle puolet kysymykseen vastanneista ilmoitti olevansa sitä mieltä, että kivunhoidon toteutuksessa on heidän mielestään puutteita. Selvitettäessä minkälaisia kehittämisideoita sairaanhoitajilla on koskien kivunhoitoa, vastaukset olivat hyvin yksimielisiä. Vastaajat toivoivat ennen kaikkea mahdollisuutta osallistua kivunhoitoa koskeviin lisäkoulutuksiin. Osa vastanneista nosti lisäksi esille toiveen saada osastoille selkeät ja yhtenevät ohjeet, joiden mukaan kivunhoitoa toteutettaisiin ja kirjattaisiin. Myös uusien hoitajien kattava perehdyttäminen nousi esille kehittämisideoita kysyttäessä.

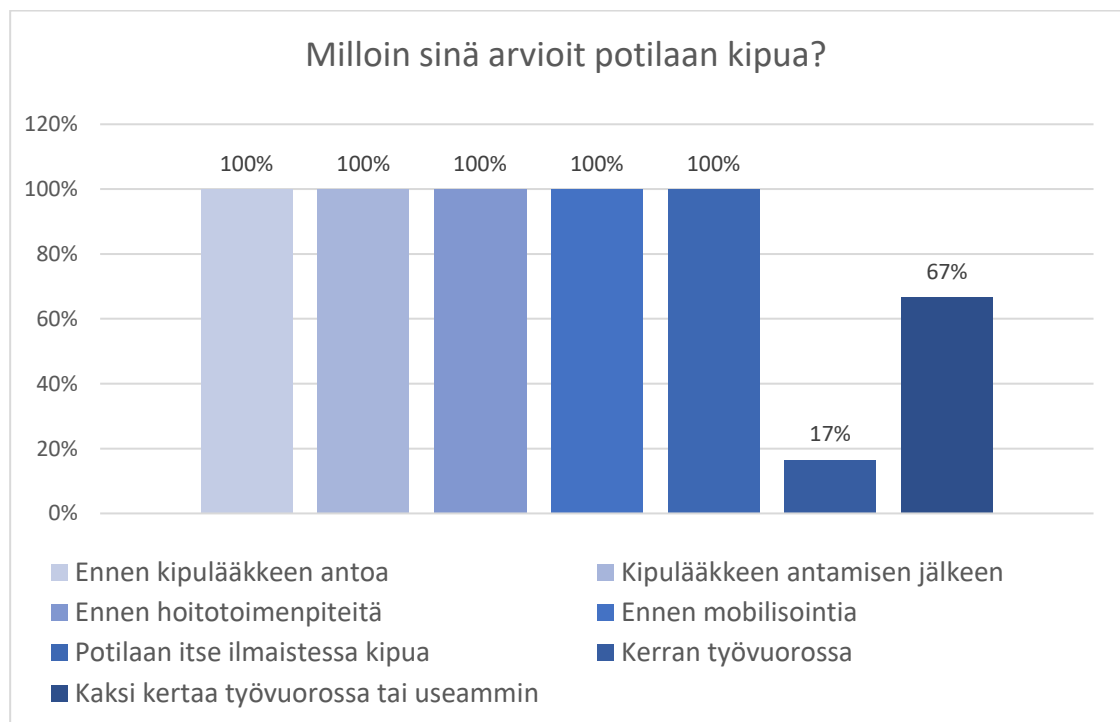
11.2 Taustamuuttujien vaikutus tutkimustuloksiin

Tässä luvussa vastauksia on tarkasteltu ryhmiteltyinä taustamuuttujien perusteella. Luvussa tarkastellaan tuloksia pääpiirteittäin niiden poikkeamien osalta, jotka nousevat merkittäviksi verrattuna koko tutkimusryhmään. Myös mahdollisia syitä näihin poikkeamiin on tuotu esiin pohdinnalliselta kannalta. Tässä tarkastelussa numeeriset arvot on suurimmalta osalta jätetty pois, sillä vertailtujen ryhmien ollessa pieniä numeeriset arvot menettävät merkityksensä. Tarkastelusta on kuitenkin jätetty pois sellaisia taustamuuttujien perusteella ryhmiteltyjä joukkoja, joita ei olisi pienen kokonsa vuoksi mielekästä tutkia tilastollisessa mielessä. Myös eettiseltä kannalta ihmisten tunnistettavuus työyhteisön sisällä on otettu huomioon.

Taustakysymysten kohdalla aloitimme tarkastelun niiden vastaajien osalta, joilla oli **lyhyt työkokemus terveydenhuollossa**. Joukko muodostui suurimmaksi osaksi hoitajista, joilla oli työkokemusta terveydenhuollosta alle kolme

vuotta, mutta tutkimusryhmän koon vuoksi mukaan luettiin myös hoitajista ne, joilla työkokemuksen määrä oli enintään viisi vuotta. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen keskeisen sisällön tuntemista tarkasteltaessa, suurin osa tästä ryhmästä valitsi vaihtoehdon ”melko samaa mieltä”. Kolmannes vastaajista taas oli melko eri mieltä. Vastauksista voitaisiin tulkita, ettei ryhmä yleisesti ottaen ole vielä kunnolla perehtynyt suositukseen, sillä kukaan ei valinnut vastausvaihtoehtoa täysin samaa mieltä, joka olisi viitannut selkeään varmuuteen suosituksen sisällön tuntemisesta. Carean toimintaohjeet tunnettiin karkeasti arvioiden hiukan paremmin. Kolmannes vastaajista valitsi tässä väittämässä vaihtoehdon ”täysin samaa mieltä”, ja vain yksittäinen vastaaja oli melko eri mieltä.

Vastausten perusteella maksimissaan viisi vuotta terveydenhuollossa työskennelleet hallitsivat erityisen hyvin kivun säännöllisen arvioimisen (kuva 32). Kaikki ryhmän vastaajat olivat sitä mieltä, että he tunnistavat tarpeen lisätä potilaan kivunhoitoa usein. Myös erilaisten kipulääkkeiden käyttöindikaatiot tunnettiin ja lääkehoidon turvallinen toteuttaminen hallittiin hyvin ryhmän keskuudessa. Pienessä osassa vastauksista tuli kuitenkin ilmi, että kivun lääkehoidon ja haittojen tunnistamisen osalta tiedoissa oli vielä puutteita.



Kuva 32. Ajankohdat arvioida kipua, vastaajaryhmänä enintään viisi vuotta työkokemusta terveydenhuollosta

Jokainen kyselyyn vastannut enintään viisi vuotta osastoilla työskennelleistä ilmoitti käyttävänsä sekä kylmä- että asentohoitoa osana kivunhoitoa (kuva 33). Myös hieronta ja huomion suuntaaminen pois kivusta nousivat vastauksista esille. Nollasta viiteen vuotta osastoilla työskennelleistä kaksi kolmasosaa vastasi käyttävänsä kivunhoidossa lääkkeettömiä menetelmiä usein, loput vastasivat käyttävänsä niitä harvoin. Pieni osa tämän ryhmän vastaajista toi ilmi, etteivät he omaa riittävästi tietoa lääkkeettömistä menetelmistä.



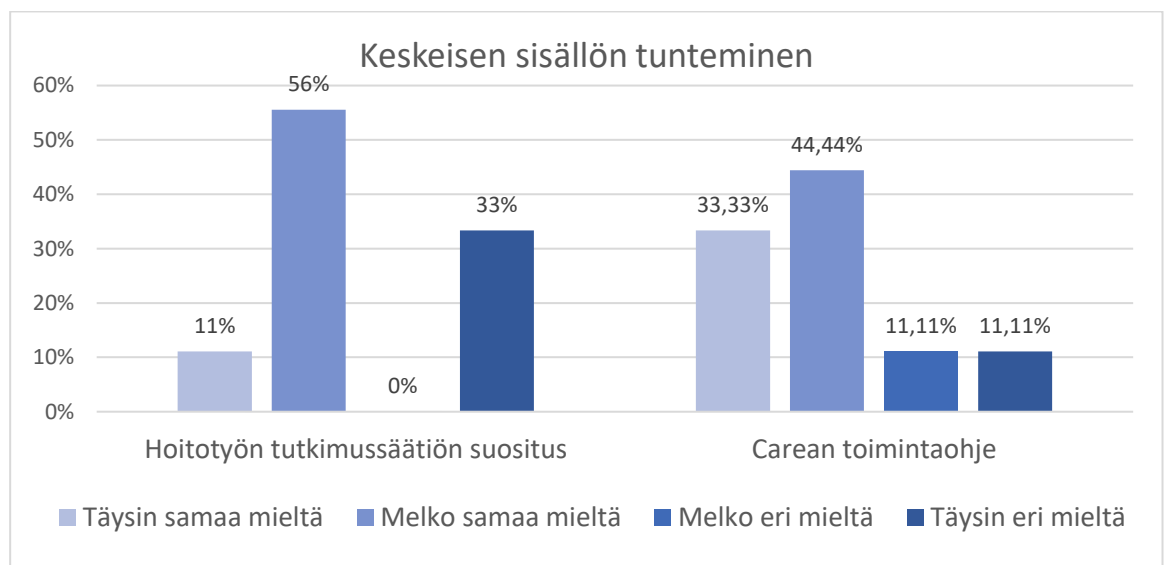
Kuva 33. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät, vastaajaryhmänä enintään viisi vuotta työkokemusta terveydenhuollosta

Potilasohjaus hallittiin hyvin ryhmän vastauksien perusteella. Myös kivun ominaisuudet potilaan näkökulmasta kirjattiin tunnollisesti, pääsääntöisesti aina tai usein. Asenteelliset valmiudet ryhmän keskuudessa havaittiin hyviksi. Lähes koko ryhmä kertoi toteuttavansa kivunhoitoa aina yksilöllisesti, asennoituvansa oikein mahdollisimman tehokkaaseen kivunhoitoon ja suhtautuvansa vakavasti potilaan kipuun. Puolet ryhmästä kertoi luottavansa potilaan kipuarvion aina, puolet valitsivat vastausvaihtoehdon ”usein”.

Kukaan nollasta viiteen vuotta terveydenhuollossa työskennelleistä vastaajista ei ollut saanut kivunhoidosta täydennyskoulutusta. 50 % ryhmän vastaajista ilmaisi kuitenkin osoittaneensa oma-aloitteisesti mielenkiintoa täydennyskoulutuksia kohtaan. Vastauksia ryhmitellessä tuli ilmi, että kaikki maksimissaan viisi vuotta osastoilla työskennelleistä kokivat kivunhoidon toteutuvan osastoilla hyvin tai erittäin hyvin. Jokainen tästä ryhmästä vastasi, etteivät he koe

osastolla puutteita liittyen kivunhoidon toteuttamiseen. Osa vastaajista ei kuitenkaan vastausten perusteella ollut täysin tyytyväinen perehdytyksen riittävyyteen.

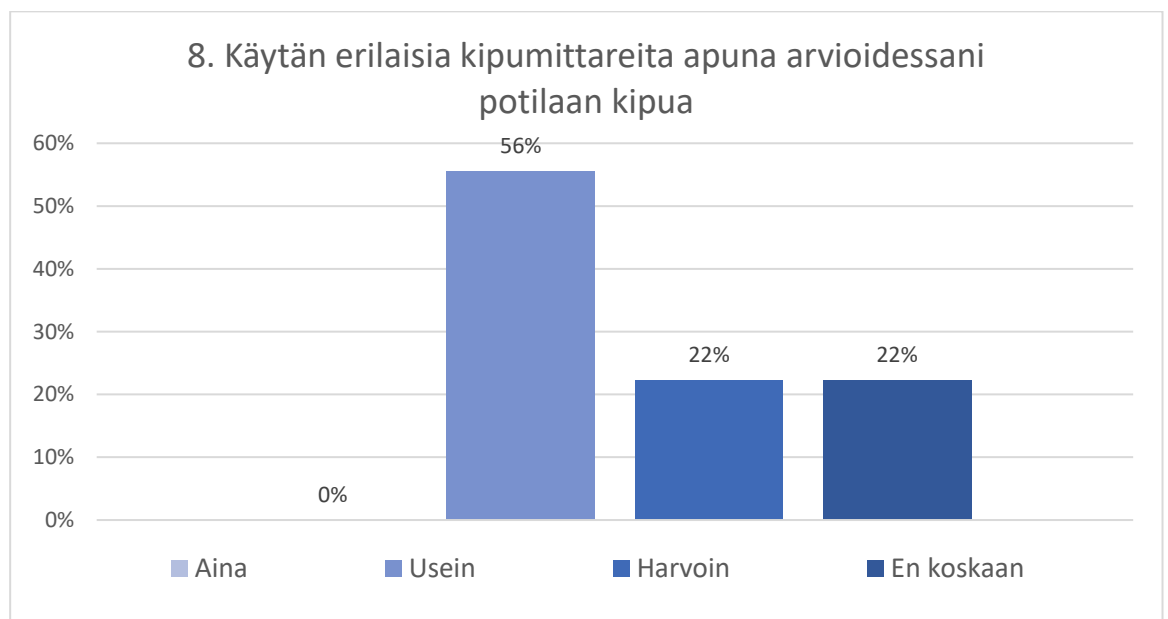
Saadaksemme mahdollisimman suuren kontrastin vertailutulokseen, tarkastelimme **yli kymmenen vuoden kokemuksen osastoilla 3B tai 5** omaavien vastauksia. Tässä tulee huomioida, että näillä henkilöillä on mahdollisesti vuosien edestä työkokemusta muistakin terveydenhuollon yksiköistä. Ryhmään sisältyi sekä sairaanhoitajaopiston että ammattikorkeakoulun käyneitä hoitajia. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen sekä Carean toimintaohjeiden keskeisen sisällön tuntemisessa näkyi vastausten perusteella selvää hajontaa (kuva 34). Muun muassa kolmasosa vastaajista ilmoitti, etteivät he käytännössä tunne suositusta lainkaan. Kaksi kolmasosaa ryhmästä kertoi tietävänsä, mistä Carean toimintaohjeet löytyvät.



Kuva 34. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen ja Carean toimintaohjeiden keskeisen sisällön tunteminen, vastaajaryhmänä yli 10 vuoden kokemus osastoilta 3B/5

Kysymyksessä 7 selvitettiin, milloin vastaajat arvoivat potilaan kipua. Tässäkin ryhmässä kivun arviointia toteutettiin eri hoitotilanteissa ja kipulääkkeen annon yhteydessä tunnollisesti. Kuten muissakin vastaajaryhmissä, vastausvaihtoehto 'kerran työvuorossa' sai vähiten kannatusta myös tämän ryhmän keskuudessa. Tämä viittaa positiivisessa mielessä siihen, että kivun arviointia toteutetaan useasti, ja aina tilanteen mukaisesti. Kukaan vastaajista ei myöskään valinnut kysymyksessä vastausvaihtoehtoa "kerran työvuorossa" ainoaksi valinnakseen.

Yli kymmenen vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleiden keskuudessa mahdollisesti luotetaan enemmän omaan näkemykseen kivun arvioimisessa; kipumittareiden käyttö oli selvästi vähäisempää. Yhteensä lähes puolet ryhmästä kertoi käyttävänsä kipumittareita vain harvoin tai ei koskaan (kuva 35), ja ei koskaan -vastauksia tuli suhteessa merkittävästi enemmän kuin kaikkien vastausten keskuudessa. Vastapainoksi kipumittarien vähäiselle käytölle, yhä useampi ryhmästä vastasi käyttävänsä aina (44,44 %) fysiologisten merkkien havainnointia apuna kivun tunnistamisessa. Loput vastasivat havainnoivansa kivun fysiologisia merkkejä usein.



Kuva 35. Kipumittarien käyttö, vastaajaryhmänä yli 10 vuotta kokemusta osastoilta 3B/5

Tiedolliset ja taidolliset valmiudet havaittiin vastausten perusteella hyviksi ryhmän keskuudessa. Hiukan suurempi osuus vastasi esimerkiksi tunnistavansa tarpeen lisätä kivunhoitoa aina. Suurin osa vastasi olevansa täysin samaa mieltä käsiteltäessä tietoa ja osaamista koskien lääkehoitoa, eri lääkkeiden käyttöindikaatioita sekä turvallista lääkehoidon toteuttamista. Kaikkiin vastaajiin nähden ryhmästä isompi osuus, lähes neljäsosa, vastasi käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä potilaan hoidossa aina. Myös tässä ryhmässä jokainen vastaaja ilmaisi käyttävänsä kylmähoitoa sekä asentohoitoa, mutta myös muissa vaihtoehtoissa oli prosentuaalisesti hiukan enemmän kannatusta. Tiedolliset valmiudet lääkkeettömien menetelmien käyttöön koettiin erityisen vahvaksi ryhmän keskuudessa.

Yleisesti ottaen yli kymmenen vuotta osastoilla työskennelleistä hallitsi potilasohjauksen kivunhoitotyössä, kuitenkin pieni osuus valitsi vastausvaihtoehdon ”melko eri mieltä”. Kirjaaminen ja asenteelliset valmiudet toteutuivat samassa linjassa nähden kaikkiin vastauksiin, vaikkakin kokonaisuuteen nähden hiukan pienempi prosentuaalinen osuus kertoi luottavansa potilaan arvioon kivusta aina. Tämäkin tukee käsitystä, jonka mukaan työkokemus kasvattaa luottoa omaan osaamiseen kivun arvioinnissa.

Yli kymmenen vuotta osastoilla työskennelleistä vain neljännes oli saanut kivunhoidosta lisäkoulutusta, ja 37,5 % kertoi oma-aloitteisesti osoittaneensa mielenkiintoa näitä kivunhoidon täydennyskoulutuksia kohtaan. Ryhmä oli myös hiukan tyytymättömämpi osastolla tapahtuvaan kivunhoitoon; 43,75 % vastasi myöntävästi kysyttäessä, koettiinko osaston toiminnassa puutteita liittyen kivunhoidon toteuttamiseen. Kukaan ei kuitenkaan vastannut kivunhoidon toteutuvan osastollaan huonosti, vaan vastausprosentit jakaantuivat vastausvaihtoehtojen erittäin hyvin (18,75 %), hyvin (68,75 %) ja kohtalaisesti (12,5 %) välillä.

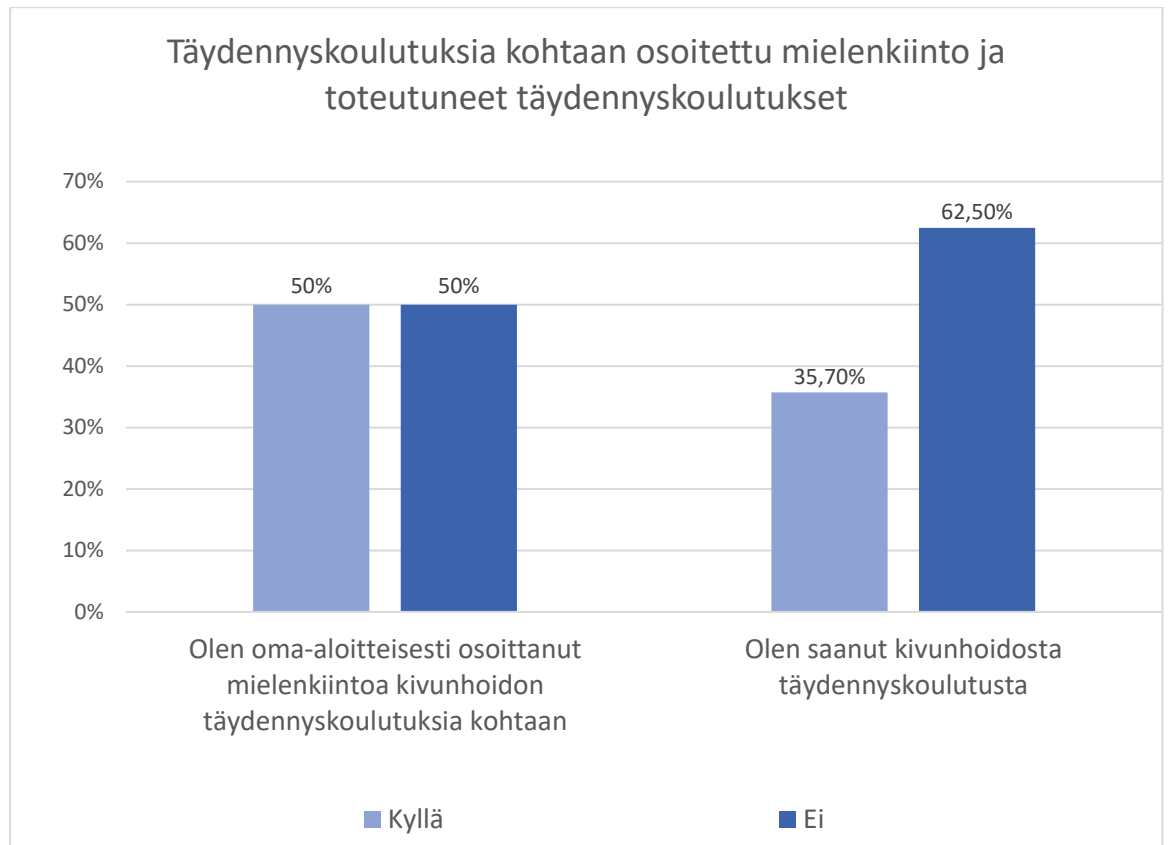
Tarkasteltaessa vastauksia koulutustaustan pohjalta päädyttiin pitkälti samankaltaisiin tuloksiin kuin työkokemuksen määrään pohjaten. **Opistotasoisen sairaanhoitajakoulutuksen käyneillä** oli luonnollisesti takanaan joko yli kymmenen vuotta (87,5 %) tai viidestä kymmeneen vuotta työkokemusta terveydenhuollossa. Suuri osa ryhmästä (62,5 %) ilmoitti työskennelleensä osastolla 3B tai 5 yli kymmenen vuotta.

Puolet tästä ryhmästä eivät vastausten perusteella tunteneet Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman kivunhoidon suosituksen keskeistä sisältöä, sillä yhteensä puolet näistä vastaajista ilmoitti olevansa melko eri mieltä tai täysin eri mieltä (25 %) väittämässä 4. Carean toimintaohjeiden sisältö taas tunnettiin ryhmän keskuudessa paremmin, sillä 87,5 % vastasi tätä koskevaan väittämään olevansa täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä. Kolme neljäsosaa ryhmän vastaajista kertoi myös tietävänsä, mistä toimintaohjeet löytyvät. Ryhmä arvioi kipua keskimäärin samalla tavalla verrattuna kaikkiin vastaajiin väittämässä 7.

Kuten pitkän työkokemuksen omaavien ryhmässä, myös tässä ryhmässä kipumittarien käyttö jäi hieman vähemmälle. Puolet ryhmän vastaajista kertoi, etteivät he käytä kipumittareita potilaan kivun arvioinnissa ikinä tai käyttävät niitä vain harvoin. Loput 50 % opistotasoisista sairaanhoitajista kuitenkin vastasi käyttävänsä erilaisia kipumittareita usein. Fysiologisten merkkien havainnointi oli prosentuaalisesti vastaava kuin kaikkien vastaajien ryhmässä. Tiedolliset valmiudet olivat yleisesti ottaen vahvalla pohjalla, vaikkakin saatiin myös yksittäisiä vastauksia viitaten puutteisiin liittyen lääkehoidon teoretietoon sekä haittavaikutusten tunnistamiseen.

Opistotasoiset sairaanhoitajat, samoin kuin koko tutkimusjoukko, käyttivät lääkkeettömistä menetelmistä pääosin kylmä- ja asentohoitoa osana potilaan kivunhoitoa. Muista ryhmistä poiketen myös huomion suuntaaminen pois kivusta oli valtaosan (87,5 %) mielestä hyvä kivunlievityksen keino. Kaikki ryhmän vastaajista kertoivat käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä usein. Tässäkin ryhmässä pieni osuus vastaajista koki, että lääkkeettömistä menetelmistä ei ollut riittävästi tietoa. Potilasohjauksen osaaminen oli vastausten perusteella hyvin hallinnassa, samoin kivun kirjaaminen. Asenteelliset valmiudet olivat prosentuaalisesti yhteneviä koko tutkimusjoukon vastauksiin nähden.

Verrattaessa opistotasoisien sairaanhoitajien ryhmää yli 10 vuotta osastoilla työskennelleisiin, huomattiin ero koskien täydennyskoulutusta. Sairaanhoitaja-opiston käyneiden ryhmästä puolet kertoi osoittaneensa aktiivisesti mielenkiintoa kivunhoidon täydennyskoulutuksia kohtaan, ja 37,5 % ryhmästä vastasi osallistuneensa näihin koulutuksiin (kuva 36). Yli kymmenen vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleiden vastaavat prosentit olivat 37,5 % ja 25 %. Huomioiden kaikki vastaukset, hoitajista vain pieni osuus oli osallistunut kivunhoitoa koskeviin täydennyskoulutuksiin. Näistä täydennyskoulutusta saaneista hoitajista vain yhdellä oli työkokemusta viidestä kymmeneen vuotta kyseisillä osastoilla. Loput vastaajista, jotka ilmoittivat osallistuneensa kivunhoidon täydennyskoulutuksiin, olivat poikkeuksetta työskennelleet osastoilla jo yli kymmenen vuotta.



Kuva 36. Täydennyskoulutukset, vastaajaryhmänä opistotasoiset sairaanhoitajat

Kaikkiin annettuihin vastauksiin nähden opistopohjaiset sairaanhoitajat olivat tyytyväisempiä perehdytyksen riittävyys. Samoin osastojen kivunhoidon toteutus koettiin joko hyväksi (87,5 %) tai erittäin hyväksi. Kuitenkin 50 % valitsi vastausvaihtoehdon ”kyllä” kysyttäessä, koettiinko osastoilla olevan puutteita kivunhoidon toteutuksessa.

Vastauksia oli tarkoitus tutkia myös sen ryhmän kannalta, jolla oli pitkä työkokemus terveydenhuollosta, mutta maksimissaan kolmen vuoden työkokemus osastoilta 3B/5. Tästä ryhmästä tuli kuitenkin määrällisesti niin pieni, ettei sen vertailun nähty olevan tilastolliselta tai eettiseltä kannalta tarkoituksenmukaista.

11.3 Tutkimustulosten vertaaminen aiempiin tutkimustuloksiin

Aiheesta ei löytynyt juuri tämän opinnäytetyön tutkimusongelmia vastaavia aikaisempia tutkimuksia, eikä esimerkiksi Hoitotyön tutkimussäätiön suositusten tuntemista ole juurikaan tutkittu kansallisella tasolla. Tämän tutkimuksen kannalta onkin lähinnä mahdollista vertailla tuloksia aiempaan materiaaliin

niiltä osin, jotka käsittelevät tämän tutkimuksen ydinkategorioita, kuten kivun arviointia, kivunhoidon toteutusta, potilasohjausta tai kirjaamista.

Tulokset olivat melko yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Väänänen tutkimuksesta nousi esille se, että kivunhoidon kirjaamisessa on edelleen kehitettävää. Tutkimustulosten mukaan kivunhoidon kirjaamisessa on epä johdonmukaisuuksia eivätkä kirjaukset tue hoidon jatkuvuutta. (Väänänen 2008, 67.) Grommi sai omassa tutkimuksessaan aikaan vastaavanlaisia tuloksia (Grommi 2015, 23–29, 31–32). Myös tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille puutteet kirjaamisessa ja toivoivat yhtenäisiä käytäntöjä kivunhoidon kirjaamiseen.

Pätärin (2014) tutkimuksessa nostettiin esille hoitajien kiire, alimitoitus ja resurssipula kivunhoitotyön laatua estävinä keskeisinä tekijöinä (Pätäri 2014, 34, 43). Myös tässä tutkimuksessa hoitajat korostivat vastauksissaan näitä ongelmia ja niiden vaikutusta kivun hoitotyön toteutumiseen.

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksessa mainitaan tutkimusten paljastaneen kommunikaatiovaikeudet hoitajan ja potilaan välillä merkittäväksi hoitotyötä vaikeuttavaksi tekijäksi (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 12,14). Tämän tutkimuksen vastauksista saatiin vastaavasti tuloksia, joiden mukaan potilaat eivät pyydä tarpeeksi aktiivisesti kipulääkettä hoitajien näkökulmasta. Tiedonkulku ei siis aina ole oma-aloitteista potilaan kannalta, ja jatkuvan kiireen ja resurssipulan vuoksi hoitajan mahdollisuus aktiivisesti seurata potilaan kivun voimakkuutta on vaikeutunut.

Lisäksi lääkärin laatimien lääkemääräysten puutteellisuus nousi esiin tässä tutkimuksessa. Vastaavasti Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksessa on viittaus tutkimukseen, jonka tuloksista voitiin todeta asianmukaisten kipulääkemääräysten puuttumisen olevan yksi kivun hoitotyön toteutuksen estävä tekijä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 16.)

11.4 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti ja reliabiliteetti ovat keinoja tarkastella tämän tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetti kertoo mittarin pätevyydestä, eli mittaako kysely sitä, mitä piti. Reliabiliteetti taas ilmentää tutkimuksen toistettavuutta ja sitä, kuinka tarkkoja tuloksia mittarilla voidaan saada. Reliabiliteetti on siis hyvä, jos mittauksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia. (Heikkilä 2008, 297, 299; Vehkalahti 2008, 41.) Tässä tutkimuksessa mittari tutkii vastaajien toimintaa keskittyen tiedollisiin, taidollisiin ja asenteellisiin valmiuksiin. Tällöin voidaan olettaa, että vastaavissa olosuhteissa myöhemmin toistettu mittaus antaisi samansuuntaisia tuloksia. Tämän tutkimuksen kohdalla suurin todennäköisyys tulosten sattumanvaraiseen muuttumiseen on asenteellisia valmiuksia mittaavien tulosten osalta. Reliabiliteetin puolesta puhuu myös se, että vastaajilla on oletettavasti hyvä tietopohja sekä ymmärrystä kyselyn ilmiöistä.

Pyrimme keräämään aineiston vuosilomien ulkopuolelle sijoittuvalla ajalla. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen kysely ei ajoittunut kesälle, jolloin sairaanhoitajien kesälomat ja suurempi sijaisten määrä eivät muodostuneet luotettavuutta tai tutkimusryhmän kokoa haittaaviksi tekijöiksi. Kuitenkaan varmuudella ei voida sanoa, ettei mahdollisilla kyselyn ajankohdalle sijoittuvilla vuosilomilla olisi ollut vaikutusta kyselyn vastausprosenttiin.

Mittarin sisältämät kysymykset ja väittämät ovat muovautuneet teorian pohjalta. Teoriaosuudessa pyrimme käyttämään luotettavien lähteiden tarjoamaa, mahdollisimman tuoretta tietoa. Huonon saatavuuden vuoksi lopullinen rajaus jäi 15 vuoden sisällä julkaistuun materiaaliin. Aiemmat tutkimukset on kuitenkin rajattu hieman yli kymmenen vuoden sisällä julkaistuihin teoksiin (liite 9). Tutkimuksen teoriaosuutta kirjoittaessa näiden tutkimuksen julkaisusta oli kulunut enimmillään kymmenen vuotta, mutta tutkimuksen valmistuttua tämä aikaraja on kuitenkin ylittynyt joidenkin tutkimusten kohdalla.

Kysymysten ja väittämien laatimisessa on pyritty kiinnittämään huomiota yksiselitteisyyteen, jotta vastaajat tulkitisivat kysymykset samalla tavalla ja mittavirheiltä välttyttäisiin. Kysymykset ja väittämät on pyritty esittämään neutraalista näkökulmasta, jotta ne eivät johdattelisi vastaajaa. Kyselyn luotettavuus-

den varmistamiseksi toteutimme kyselylomakkeen esitestauksen. Esitestauksella voi muun muassa saada selville, onko kyselylomakkeen väittämät laadittu helposti ymmärrettävään muotoon. Esitestauksen kohderyhmänä toimi pieni joukko sairaanhoitajan sijaisia. Esitestauksen tarkoituksena oli varmistaa kyselyn laatu sekä vastaanottaa kehittämisideoita ja selvittää suuntaa antavasti, kauanko kyselyn täyttämiseen kuluu aikaa. Kyselyn täyttämiseen kuluva aika vakioitiin esitestauksen perusteella alle 10 minuuttiin saatekirjettä varten. Ainoaksi kehittämisideaksi kyselyssä nousi kysymysten looginen järjestys kysymysten sisällön ymmärrettävyyden kannalta. Päädyimme tämän ehdotuksen pohjalta muuttamaan keskenään muutaman kysymyksen järjestystä. Tutkimuksen laatua lisää tarkkaan rajattu kyselyn kohderyhmä ja vapaaehtoisuus. Tutkimuksen toteuttaminen tapahtui eettisesti, sillä kyselyyn vastattiin nimettömästi. Lisäksi kysely lähetettiin vastaajille palvelutoiminnan esimiehen kautta, joten emme saaneet vastaajien henkilöllisyyksiä tietoomme missään vaiheessa. Eettisesti laadukkaan tutkimuksen puolesta puhuu myös vaiheiden tarkka ja puolueeton kirjallinen raportointi, saadun aineiston huolellinen käsittely sekä asiallinen hävittäminen.

Määrällisellä tutkimuksella voidaan saada kattava yleiskuva tutkimusongelmista, mutta sen luotettavuus edellyttää riittävän suurta otosta (Heikkilä 2008, 16). Tutkimusta tehdessä otimme huomioon myös mahdollisuuden alhaiseen vastausprosenttiin. Korkealla vastausprosentilla kyselyn tulos voisi karkealla tasolla ilmentää melko luotettavasti akuutin kivun hoitotyön toteutumista Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Maantieteellisesti laajalle alueelle kyselyn tuloksia ei voida yleistää, johtuen Carean toimintaohjeiden rajatusta käytöstä.

Vastausprosentti jäi kuitenkin verrattain pieneksi, mikä laskee tutkimuksen luotettavuutta. Etenkin avoimissa kysymyksissä vastausprosentti jäi melko alhaiseksi. Suuremmalla tutkimusjoukolla vastauksia olisi lisäksi voinut tarkastella kattavammin ja luotettavammin eri taustamuuttujien pohjalta. Vastausprosenttia olisi mahdollisesti voinut parantaa suorittamalla uusintakysely. Aluksi harkittiinkin vaihtoehtoa kahden viikon mittaisesta vastausajasta, jota tarvittaessa seuraisi viikon tai kahden mittainen uusintakysely. Neuvoteltuamme osastojen palveluesimiehen kanssa päädyimme lopulta kolmen viikon mittai-

seen vastausaikaan sekä muistutukseen vastausajan puolivälissä. Tämä ratkaisu valikoitui siksi, että kolmen viikon vastausajalla todennäköisesti saavutettaisiin ne vastaajat, jotka olisivat kiinnostuneita vastaamaan kyselyyn. Muistutusviesti ajoi käytännössä saman asian kuin uudelleen lähetetty linkki kyselyyn, vaikkakin vastausaika muistutuksesta kyselyn sulkeutumiseen jäi muutamia vuorokausia lyhyemmäksi kuin mitä se olisi jäänyt uusintakyselyä toteutettaessa.

Validiteettia heikentää se, että tutkimusongelmiin on sisällytetty useita erillisiä elementtejä. Tutkimuksessa on haluttu rajata kysymysten määrä kohtuullisen suppeaksi, jotta vastaajilla säilyisi mielenkiinto vastata kyselyn loppuun saakka. Tämän vuoksi saadut vastaukset voivat jäädä melko pinnallisiksi. Jokaisen tutkimusongelman perinpohjainen tutkiminen edellyttäisi huomattavasti pidemmän kyselymittarin. Kyselyä laatiessa on pyritty pohtimaan jokaisen kysymyksen kohdalla, antaako se meille tarvitsemaamme informaatiota työn aiheeseen ja tutkimusongelmiin nähden.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää työn tekijöiden kokemattomuutta tutkijoina. Koimme kyselylomakkeen kysymysten muodostamisen haasteelliseksi. Useiden korjausten ja parannusten sekä kyselyn esitestauksen avulla saimme kyselylomakkeen kysymykset selkeiksi ja helposti ymmärrettävään muotoon. Lisäksi alhaiseksi jäänyt vastausprosentti heikentää tulosten luotettavuutta. Alhaiseksi jääneen vastausprosentin voidaan ajatella johtuvan kiireestä työpaikalla. Vastausprosentti olisi saattanut olla suurempi, jos sairaanhoitajille olisi järjestetty enemmän aikaa vastata kyselyyn. Alhainen vastausprosentti voi johtua myös siitä, että kysely lähetettiin sairaanhoitajille sähköisessä muodossa sähköpostin kautta. Sähköisesti lähetetty linkki on helppo sivuuttaa, jättää avaamatta tai unohtaa. Henkilökohtainen kontakti kohderyhmän kanssa olisi saattanut vaikuttaa kohderyhmään motivoivalla tavalla. Sähköpostia saatetaan myös seurata epäsäännöllisesti, joten kyselyn linkki on saattanut sen vuoksi jäädä huomaamatta, vaikka sairaanhoitajille lähetettiin muistutusviesti vastausajan puolivälissä.

Saadut tutkimustulokset ovat kuitenkin samassa linjassa aikaisempien, samaa aihetta sivuavien tulosten kanssa. Tämä viittaakin siihen, että saadut tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan tulosten perusteella nousseet ongelmat, kuten kiire, ovat myös alueellisesti laajemmin havaittavissa.

11.5 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella päädyimme seuraaviin johtopäätöksiin:

Sekä Hoitotyön tutkimussäätiön akuuttia kivunhoitoa koskevan suosituksen, että Carean sisäisten toimintaohjeiden tuntemisessa oli vaihtelua. Vaihtelu ei selittynyt minkään yksittäisen taustamuuttujan perusteella, vaikka pieniä eroja tuloksista löytyikin pohjautuen työkokemuksen määrään ja koulutustaustaan. Kokemuksen määrä ei taannut Hoitotyön tutkimussäätiön akuuttia kivunhoitoa koskevan suosituksen keskeisen sisällön tuntemista. Carean toimintaohjeet sen sijaan tunnettiin paremmin opistokoulutuksen tai pitkän työkokemuksen omaavien keskuudessa. Suosituksen ja toimintaohjeiden osin vajavaisesta tuntemisesta huolimatta niiden sisältämät linjaukset toteutuvat pääsääntöisesti hyvin. Yleisesti ottaen pitkä työkokemus terveydenhuollossa tai kyseisillä kirurgisilla vuodeosastoilla kasvatti varmuutta hoitajien omista tiedollisista ja taidollisista valmiuksista. Kipumittarien käytön havaittiin kuitenkin jäävän vähemmälle. Syitä tälle voidaan etsiä joko muuttuneista käytännöistä, erilaisesta koulutus pohjasta tai korkeasta luottamuksesta omaan osaamiseen, jolloin joidenkin apuvälineiden hyödyntäminen työskentelyn tukena voi tuntua turhalta.

Kaikkia vastauksia tarkastellessa kävi myös ilmi, että hoitajat keskittyivät kivun fysiologisten merkkien havainnoimiseen selvästi useammin kuin kipumittarien käyttöön. Tämä siitäkin huolimatta, että fysiologisten merkkien arviointi on kivun arvioinnissa epävarma menetelmä ja hoitajat vastasivat kuitenkin pääsääntöisesti luottavansa potilaiden omaan kertomukseen kivun voimakkuudesta.

Kyselyn avulla saaduista vastauksista selvisi, että sairaanhoitajat kokivat kiireen ja kommunikoinnin puutteen haittaavan kivunhoidon toteutusta työssään. Tiedonkulkua hoitajien välillä voitaisiin edistää selkeillä ohjeilla koskien sekä suullista että kirjallista raportointia, joita koko työyhteisö sitoutuu noudatta-

maan. Sairaanhoitajat kokivat myös tulevansa usein keskeytetyiksi kivunhoitoa toteuttaessaan, jolloin kivunhoidon optimaalinen toteutus kärsii ja potilaan kipu saattaa pitkittyä. Tällaisissa tilanteissa huolellisesti perehdytetyn henkilökunnan ja henkilöstön riittävän mitoituksen tärkeys korostuu.

Vastauksista nousivat esille myös sairaanhoitajien toiveet saada lisäkoulutusta kivunhoidosta, samoin kuin kivunhoidon täydennyskoulutuksiin jo osallistuneiden hoitajien pieni prosentuaalinen osuus. Valtaosa vastanneista ei ollut näihin koulutuksiin osallistunut, mutta aihe tuotiin kuitenkin esiin lähes kaikissa vastaajien kehittämisideoissa. Lisäksi tuloksista on tulkittavissa, että tähän mennessä vain pitkän työhistorian osastoilla omaavat hoitajat ovat osallistuneet täydennyskoulutuksiin, vaikka lyhyemmän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat saattaisivat hyötyä koulutuksista jopa muita enemmän. Esimerkiksi kivun lääkkeettömästä hoidosta kysyttäessä osa vastaajista ilmoitti, etteivät he tiedä tarpeeksi kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä. Tämä voi johtaa siihen, ettei potilaan kivun hoidossa pystytä hyödyntämään kaikkia mahdollisia kivunhoidon keinoja, eikä siten päästä optimaaliseen tulokseen kivunhoidon toteutumisen kannalta.

Lisäksi kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat toivoivat selkeitä ja yhteneviä ohjeita osastoilleen koskien kivunhoidon toteutusta. Moniammatillisen yhteistyön tulisi toteutua sujuvasti ja esimerkiksi lääkäreiden tulisi rutiininomaisesti laatia määräykset kipulääkityksestä. Tällä tavoin säästettäisiin hoitajien aikaa kivunhoidon toteuttamiselle lääkäreiden tavoittelemisen sijaan. Tämä voisi toteutua käytännön työssä esimerkiksi tekemällä kivunhoidosta vastaaville lääkäreille tarkistuslistan, joka velvoittaisi huolehtimaan potilaalle asianmukaiset kipulääkemääräykset ennen tämän siirtymistä osastohoitoon.

Keskeisimmät kehittämis ehdotukset ovat:

1. kivunhoidon täydennyskoulutusten järjestäminen hoitohenkilökunnalle,
2. yhtenevien ohjeiden ja selkeiden linjausten laatiminen henkilöstön toiminnan tueksi.

11.6 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää akuutin kivunhoidon toteutumista sairaanhoitajien näkökulmasta kirurgisilla vuodeosastoilla Kymenlaakson keskussairaalassa. Tarkoituksena oli selvittää, toteutuuko kivunhoito Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman suosituksen mukaisesti, toteutuuko kivunhoito Carean toimintaohjeiden mukaisesti sekä millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajilla on kivunhoitoa kohtaan. Tutkimuksen tarkoitus saavutettiin ja saimme vastaukset tutkimusongelmiimme. Saadut tutkimustulokset vastasivat asetettuihin kysymyksiin.

Tämän opinnäytetyön tulokset antavat suuntaa siitä, miten vuodeosastojen 3B ja 5 sairaanhoitajat kokevat kivunhoidon toteutuvan osastoilla ja mitkä ovat yksiköiden merkittävimmät kehittämiskohteet heidän mielestään. Tuloksia voi jatkossa hyödyntää muun muassa täydennyskoulutusten suunnittelemisessa ja kehittämisessä. Lisäksi tuloksien avulla osastojen toimintaa voidaan kehittää ja yhtenäistää kivunhoidon toteutuksen ohjeistuksia sekä toimintamalleja.

Tästä opinnäytetyöstä saatujen tulosten perusteella mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia nousi esille muutamia. Kivunhoito on aiheena aina ajankohtainen ja kivunhoidon osaamista vaaditaan hoitotyön jokaisessa toimintaympäristössä. Vastaavan tutkimuksen voisi toteuttaa laajemmin maantieteellisesti, jotta kartoitettaisiin akuutin kivunhoidon toteutumista myös muiden sairaaloiden kirurgisilla vuodeosastoilla. Tällöin tutkimusongelmista tulisi kuitenkin rajata pois Carean sisäisten toimintaohjeiden käyttö, sillä nämä toimintaohjeet ovat käytettävissä vain Carean yksiköissä. Samankaltaisen tutkimuksen voisi toteuttaa myös potilaiden näkökulmasta. Tällöin tutkimustuloksia voisi vertailla keskenään ja etsiä tuloksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Tässä tutkimuksessa käsiteltiin useampaa tutkimusongelmaa. Jatkotutkimusehdotuksena voidaankin pitää tutkimuskysymysten sisällön tarkempaa selvittämistä tarkemmin rajatuissa tutkimuksissa. Tiedollisia valmiuksia kivunhoidon osalta voitaisiin tutkia kattavammin osaamista testaavilla kysymyksillä. Yksi tapa saada kattavia vastauksia on toteuttaa kivunhoidon toteutumista koskeva

kysely laadullisena tutkimuksena, jolloin tutkittava materiaali kerättäisiin teemahaastatteluilla. Tutkimusjoukko olisi pienempi, mutta vastauksista olisi analysoitavissa mahdollisesti kattavampaa ja kuvailevampaa informaatiota. Tässä tutkimuksessa avointen vastausten vastausprosentti jäi suppeaksi, ja henkilökohtaisella kontaktilla tutkijoiden ja tutkimusjoukon välillä voitaisiin mahdollisesti lisätä vastaajien sitoutumista kattavampiin vastauksiin.

Myös esimerkiksi kivunhoidon kirjaaminen on aiheena laaja, ja siitä voisi tehdä perusteellisemman tutkimuksen. Tähän opinnäytetyöhön kuuluvan kyselyn vastausten perusteella kirjaamiskäytännöissä koettiin olevan eroavaisuuksia sekä puutteita ja vastaajat toivoivat yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä. Kirjaamista koskevan tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä ja siten kehittää osastoille yhtenevät ja selkeät ohjeistukset kivunhoidon kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen toteutumista on myös tutkittu kattavammin käymällä tutkimusaineistona läpi potilasasiakirjamateriaalia. Tällä tavoin voitaisiin verrata hoitajien näkemyksiä kivunhoidon kirjaamisesta niihin tuloksiin, joita on suoraan nähtävissä hoitokertomusmateriaaleista.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö - Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Carean toimintaohjeet. 2011. Mäntymaa, A. Potilaan kivun säännöllinen seuranta ja hoito leikkauksen jälkeen.

Carean toimintaohjeet. 2012a. Mäntymaa A. & Launiainen, M. Akuutin kivunhoidon ohjeistus.

Carean toimintaohjeet. 2012b. Mäntymaa A. & Launiainen, M. Epiduraalinen kipulääkitys.

Carean toimintaohjeet. 2012c. Mäntymaa, A. Ohjeet hoitohenkilökunnalle epiduraalikatetrin käsittelystä ja lääkkeenannosta sen kautta.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kipu, toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 245–251.

Friman, P. 2015. Porrastettu kivunhoitomalli. Terveysportti Duodecim; sairaanhoitajan tietokannat [viitattu 15.08.2016].

Grommi, S. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Haho, A. 2013. Asiakkaan eettinen kohtaaminen. *Viesti* 3, 4-7. Saatavissa: <https://asiakas.kotisivukone.com/files/ssks.kotisivukone.com/tiedostot/Viesti-lehti/viesti32013.pdf> [viitattu 10.2.2017].

Haanpää, M. 2009. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Teoksessa Kipu, toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 508–513.

Haanpää, M., Hagelberg N., Hannonen P., Liira H. & Pohjolainen T. 2016. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n ohjeet ja hoito-oppaat. Saatavissa: https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/fcf8087a997888ba87935965a2aa3543/1522099702/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf [viitattu 19.5.2016].

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Vaasan keskussairaalan päiväkirurginen yksikkö. Saatavissa: <http://www.paivakirurgi-nenyhdistys.org/wp-content/uploads/2018/01/Paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf> [viitattu 11.10.2016].

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kipu, toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 278–294.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Aikakauskirja Duodecimin internetartikkeli. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822> [viitattu 11.1.2017].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf [viitattu 12.5.2016].

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta> [viitattu 7.1.2016].

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

International Association for the Study of Pain. 2012. Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen verkkosivu. Saatavissa: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&&navItemNumber=576> [viitattu 21.4.2016].

International Council of Nurses. 2012. Code of Ethics for Nurses. Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [viitattu 4.2.2017].

Kalso, E. 2009a. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 104–108.

Kalso, E. 2009b. Kivun lääkehoito. Teoksessa toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 181–219.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 112–115

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 76–103.

Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. 2009b. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 172–180.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola M.-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2016. Potilasohjaus. Internet-julkaisu näyttöön perustuvista hoitotyön toiminnoista. Saatavissa: [http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Nayttoon_perustuvat_hoitotyön_ydintoiminnot/Ohjaus\(44756\)](http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Nayttoon_perustuvat_hoitotyön_ydintoiminnot/Ohjaus(44756)) [viitattu 20.12.2016].

Kivunhallintatalo. 2016. Erikoissairaanhoidon verkkopalvelu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/yleisesti-leikkauksen-j%C3%A4lkeisen-kivun-hoidosta> [viitattu 13.10.2016].

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/20/duo12492> [viitattu 11.11.2016].

Kontinen, V., Jokela, R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen, K. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Finnanest. Saatavissa: https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf [viitattu 12.11.2016].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016a. Osasto 3B. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Keskussairaala/Kirurgia/Osasto%203B/> [viitattu 30.12.2016].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016b. Osasto 5A. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Keskussairaala/Kirurgia/Osasto%205A/> [viitattu 30.12.2016].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016c. Osasto 5B. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Keskussairaala/Kirurgia/Osasto%205B/> [viitattu 30.12.2016].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2017a. Carea pähkinänkuoressa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoito-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/> [viitattu 5.6.2017].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2017b. Konserni. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoito-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/Konserni/> [viitattu 5.6.2017].

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Tieteellinen tutkimus. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf> [viitattu 20.12.2016].

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti* 1, 35–38.

Likert-asteikko. 2017. SurveyMonkey -ohjelmisto verkkokyselyjen laatimiseen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://fi.surveymonkey.com/mp/likert-scale/> [viitattu 5.6.2017].

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tieteellinen tutkimus.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa toim. Ranta, I. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca Oy. 51–59.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu, toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 237–243.

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf [viitattu 24.4.2017].

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S., Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sairaanhoidajaliitto 1996. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. Sairaanhoidajaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/> [viitattu 4.2.1017]

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salo, P. 2010. Sairaanhoidajien käsityksiä leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyöstä ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. [viitattu 12.11.2016].

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Schug, S.-A., Palmer, G.-M., Scott, D.-A., Halliwell, R. & Trinca, J. 2015. Acute Pain Management: Scientific Evidence. 4., uudistettu painos. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Saatavissa: <http://asp-au.secure-zone.net/v2/index.jsp?id=522/2055/8212&lng=en> [viitattu 10.5.2016].

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer. Asiakkaan kohtaamisen taito s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.superliitto.fi/viestinta/superlehti/uusin-lehti/asiakkaan-kohtaamisen-taito/> [viitattu 10.2.2017].

Terveystieteiden laitos 13.12.2010/1326.

Tiippana, E. 2010. From improved management of acute pain to prevention of persistent postoperative pain. University of Helsinki. Faculty of medicine. Academic dissertation.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Vaajoki, A. 2012. Postoperative Pain in Adult Gastroenterological Patients – Music Intervention in Pain Alleviation. University of Eastern Finland. Faculty of Health Sciences.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

VAS-jana ja kivun numeerinen luokittelu. Haanpää, M., Kauppila, T., Eklund, M., Granström, V., Hagelberg, N., Hannonen, P., Kyllönen, E., Kyrö, M., Loukusa-Nieminen, T., Luutonen, S., Telakivi, T., Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018 [viitattu 13.09.2016].

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. PS-kustannus.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Wong, E. M.-L., Chan, S.W.-C. & Chair, S.-Y. 2010. Effectiveness of an educational interventions on level of pain, anxiety and self-efficacy for patient with musculoskeletal trauma. Journal of Advanced nursing 2010 66(5). 1120–1131.

World Medical Association. 2016. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [viitattu 14.12.2016].

MUUTTUJALUETTELO

Tutkimusongelma	Muuttujat	Kysymys	Teoreettinen tarkastelu
Taustamuuttujat	-työkokemus terveydenhuollossa -työkokemus osastolla 3B/5 -koulutus	1. 2. 3.	
Toteutuuko kivunhoito Hoitotyön tutkimussäätiön laatimien suositusten mukaisesti?	Hoitotyön tutkimussäätiön suositus -suosituksen keskeisen sisällön tunteminen	4.	s. 10–11
Toteutuuko kivunhoito Carean toimintaohjeiden mukaisesti?	Carean toimintaohjeet -toimintaohjeiden keskeisen sisällön tunteminen -mistä löytyvät	5. 6.	s. 11 s. 11
Millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajilla on kivunhoitoa kohtaan?	Kivun tunnistaminen ja arviointi -milloin arvioit -kipumittarit -fysiologiset merkit -tarve lisätä kivunhoitoa	7. 8. 9. 10.	s. 12–13 s. 13–14 s. 15 s. 13–15
	Kivun lääkehoito -lääkehoidon tietämys -käyttöindikaatit -turvallinen lääkehoito -haittavaikutukset	11. 12. 13. 14.	s. 15–21 s. 15–21 s. 15–21 s. 15–21
	Kivun lääkkeetön hoito -lääkkeettömien hoitomenetelmien tietämys -lääkkeettömien menetelmien käyttö -mitä lääkkeettömiä menetelmiä käytät	15. 16. 17.	s. 21–24 s. 21–24 s. 21–24
	Potilasohjaus -potilasohjauksen hallinta -minkälaista ohjausta annat	18. 19.	s. 24–28 s. 24–28

Tutkimusongelma	Muuttujat	Kysymys	Teoreettinen tarkastelu
<p>Toteutuuko kivunhoito Hoitotyön tutkimussäätiön laatimien suositusten mukaisesti?</p> <p>Toteutuuko kivunhoito Carean toimintaohjeiden mukaisesti?</p> <p>Millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajilla on kivunhoitoa kohtaan?</p>	<p>Kivunhoidon kirjaaminen</p> <p>-mitä kirjaat</p> <p>-potilaan arvio</p> <p>-kivunhoidon vaste</p>	<p>20.</p> <p>21.</p> <p>22.</p>	<p>s. 28–31</p> <p>s. 29</p> <p>s. 29</p>
	<p>Asenne</p> <p>-yksilöllinen kivunhoito</p> <p>-suhtautuminen</p> <p>-asennoituminen</p> <p>-potilaan oma arvio</p>	<p>23.</p> <p>24.</p> <p>25.</p> <p>26.</p>	<p>s. 31–33</p> <p>s. 31–33</p> <p>s. 31–33</p> <p>s. 12, 32</p>
	<p>Hoitotyön laadun varmistaminen ja täydennyskoulutukset</p> <p>-mielenkiinto täydennyskoulutuksia kohtaan</p> <p>-kivunhoidon täydennyskoulutus</p> <p>-haittaavat tekijät</p> <p>-kivunhoidon toteutuminen osastolla</p> <p>-perehdytys kivunhoitoon</p> <p>-kivunhoidon toteutuksen puutteet</p> <p>-kehittämisideat</p>	<p>27.</p> <p>28.</p> <p>29.</p> <p>30.</p> <p>31.</p> <p>32.</p> <p>33.</p>	<p>s. 33–35</p> <p>s. 33–35</p> <p>s. 35</p> <p>s. 36</p> <p>s. 35</p> <p>s. 35</p> <p>s. 33–35</p>

SAATEKIRJE

AKUUTIN KIVUNHOIDON TOTEUTUMINEN KIRURGISILLA VUODEOSASTOILLA KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALASSA -Kyselytutkimus

Arvoisa vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Akuutin kivunhoidon toteutuminen Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla”.

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Kymenlaakson keskussairaaltalta. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa akuutin kivunhoidon toteutumista.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta tutkimuksen onnistumisen kannalta olisi erittäin tärkeää, että juuri Te vastaisitte kyselyyn. Kyselystä saadut vastaukset ovat tärkeitä tulosten hyödynnettävyyden ja kivunhoidon kehittämisen kannalta.

Toivomme Teiltä hetken aikaa kyselyn täyttämiseen. Kyselylomakkeen täyttämiseen on hyvä varata noin 10 minuuttia aikaa. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kysely käsitellään luottamuksellisesti. Tulosten analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti. Vastausaikaa on kolme viikkoa.

Kiitos yhteistyöstänne!

Milana Sirén & Terhi Tuominen HO14K

KYSELYLOMAKE

Taustakysymykset

1. Kuinka kauan olet työskennellyt terveydenhuollossa?
 - alle 3 vuotta
 - 3–5 vuotta
 - 5–10 vuotta
 - yli 10 vuotta
2. Kuinka kauan olet työskennellyt osastolla 3B/5?
 - alle 3 vuotta
 - 3–5 vuotta
 - 5–10 vuotta
 - yli 10 vuotta
3. Minkälainen koulutus sinulla on?
 - Sairaanhoitaja, AMK
 - Opistotasoinen sairaanhoitajatutkinto
 - Sairaanhoitajatutkinto + ylempi ammattikorkeakoulututkinto

4. Tunnen Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman akuutin kivunhoidon suosituksen keskeisen sisällön
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä
5. Tunnen Carean akuuttia kivunhoitoa koskevien toimintaohjeiden keskeisen sisällön
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä
6. Tiedän, mistä Carean akuuttia kivunhoitoa koskevat toimintaohjeet löytyvät
 - kyllä
 - ei
7. Milloin sinä arvioit potilaan kipua? (voit valita useamman vaihtoehdon)
 - ennen kipulääkkeen antoa
 - kipulääkkeen antamisen jälkeen
 - ennen hoitotoimenpiteitä
 - ennen mobilisointia
 - potilaan itse ilmaistessa kipua
 - kerran työvuorossa
 - kaksi kertaa työvuorossa tai useammin
8. Käytän erilaisia kipumittareita arvioidessani potilaan kipua
 - aina
 - usein
 - harvoin
 - en koskaan
9. Havainnoin lisäksi fysiologisia kivun merkkejä arvioidessani potilaan kipua
 - aina
 - usein
 - harvoin
 - en koskaan
10. Tunnistan mielestäni tarpeen lisätä potilaan kivunhoitoa
 - aina
 - usein
 - harvoin
 - en koskaan

11. Minulla on riittävästi tietoa kivun lääkehoidosta
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä
12. Tiedän erilaisten ja erivahvuisten kipulääkkeiden käyttöindikaatiot
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä
13. Hallitsen mielestäni hyvin kivun turvallisen lääkehoidon
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä
14. Tunnistan kipulääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä
15. Mitä lääkkeitömiä kivunhoidon menetelmiä käytät potilaan hoidossa?
 - kylmähoito
 - asentohoito
 - hieronta
 - rentoutus
 - huomion suuntaaminen pois kivusta
 - muu, mikä_____
16. Käytän kivun lääkehoidon lisäksi lääkkeitömiä kivunhoidon menetelmiä
 - aina
 - usein
 - harvoin
 - en koskaan
17. Minulla on mielestäni riittävästi tietoa kivun lääkkeitömistä hoitomenetelmistä
 - täysin samaa mieltä
 - melko samaa mieltä
 - melko eri mieltä
 - täysin eri mieltä

18. Koen hallitsevani kivunhoitoon liittyvän potilasohjauksen

- täysin samaa mieltä
- melko samaa mieltä
- melko eri mieltä
- täysin eri mieltä

19. Minkälaista ohjausta annat potilaalle kivunhoitoon liittyen?

20. Kerro, mitä asioita kirjaat potilaan kivunhoidosta

21. Kirjaan potilaan oman arvion kivun voimakkuudesta, laadusta ja sijainnista

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

22. Kirjaan kivunhoidon vasteen potilastietojärjestelmään

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

23. Toteutan potilaan kivunhoitoa yksilöllisesti ja potilaan omat tarpeet huomioiden

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

24. Suhtaudun vakavasti potilaan kipuun

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

25. Asennoidun työssäni hoitamaan potilaan kipua parhaalla mahdollisella tavalla

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

26. Luotan potilaan omaan arvioon kivustaan

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

27. Olen oma-aloitteisesti osoittanut mielenkiintoa kivunhoidon täydennyskoulutuksia kohtaan

- kyllä
- ei

28. Olen saanut täydennyskoulutusta kivunhoidosta

- kyllä
- ei

29. Mitkä tekijät haittaavat kivunhoidon toteutusta työssäsi?

30. Miten koet kivunhoidon toteutuvan osastollasi?

- erittäin hyvin
- hyvin
- kohtalaisesti
- huonosti

31. Olen saanut mielestäni riittävästi perehdytystä kivunhoitoon osastollani

- täysin samaa mieltä
- melko samaa mieltä
- melko eri mieltä
- täysin eri mieltä

32. Koetko, että osastosi toiminnassa on puutteita liittyen kivun hoidon toteutumiseen?

- kyllä
- ei

33. Minkälaisia kehittämisideoita sinulla olisi osastollenne koskien kivunhoitoa?

Päätös
 Päivämäärä
 Päätösnumero

26.9.2017 85/2017

Asia ja päätös

Tutkimuslupa opinnäytetyöhön

Päätös: Myönnän tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle "Akuutin kivunhoidon toteutuminen kirurgisilla vuodeosastoilla Kymenlaakson keskussairaalassa".

Asianosaiset

Terhi Tuominen, Milana Sirén, Anna-Maija Uusoksa, Riitta Rinne

Perustelut

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää akuutin kivunhoidon toteutusta sairaanhoitajien näkökulmasta Kymenlaakson keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Tavoitteena on saada tietoa siitä toteutuuko akuutin kivun hoito suositusten ja toimintaohjeiden mukaisesti.

Viranomaisen allekirjoitus ja virka-asema

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä


 Pia Rantamäki
 johtajaylihoitaja

Lisätietojen antaja

yh Pia Rantamäki p. 0206332004, pia.rantamaki@carea.fi

Saaja/Tiedoksi

Milana Sirén, milana.siren@edu.xamk.fi; Terhi Tuominen, terhi.tuominen@edu.xamk.fi; Anna-Maija Uusoksa, annamaija.uusoksa@xamk.fi; Riitta Rinne, riitta.rinne@carea.fi

Asiakirjat/liitteet

Tutkimuslupahakemus ja -suunnitelma

Päätös nähtävänä

2.10.2017

Oikaisuvaatimusohje

Päätökseen tyytymätön voi tehdä oikaisuvaatimuksen Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitukselle, os. Kotkantie 41, 48210 Kotka. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaamisesta.



HAKEMUS / LUPA
Lupa opinnäyte- ja tutkimustyö
(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyöt)

5. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>anna-maija leusoksa</i> ANNA-MAIJA LEUSOKSA	Puhelin / sähköposti 044 7028731 anna-maija.leusoksa@xamk.fi
Vastuuyksikkö	
Yhtöyshenkilön/työelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Susanna Kivimäki</i> Susanna Kivimäki	Puhelin / sähköposti 020 6332133 susanna.kivimaki@care.fi
Ostoshoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Susanna Kivimäki</i> Susanna Kivimäki	Puhelin / sähköposti 044 2691536 susanna.kivimaki@care.fi
Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys 20.9.2017 Teemu Tuomi Teemu Tuominen	

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäyte- / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty
Perustelut / pyydettävät lisäselvitykset		
Aika ja paikka	Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo / tehtävänimike	
Yksikkö- ja yhteystiedot		
Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka	Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo / tehtävänimike	
Yksikkö ja yhteystiedot		

7. Liitteet

- ☐ Tutkimussuunnitelma (hyväksytty oppilaitoksessa)
☐ Hankkeistamisopimus
☐ Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
☐ Muut liitteet, mikä:

Kopio myönnetystä luvasta:

- opetuksesta vastaavalle osastonhoitajalle ja työelämän yhteistyöhenkilölle

CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAOYHTYÖ

Kuntayhtymän johto
Kokantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala
Kokantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjeemo@care.fi

Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan
Savolankuja 3 D
45750 Salmela
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2768
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut
Kantavammasten erityisryhmä
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO KYSYMYKSESTÄ 19

Minkälaista ohjausta annat potilaalle kivunhoitoon liittyen?		
Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> -kertomaan kivusta -ilmoittamaan ajoissa kivusta -kehotan potilasta kertomaan kivusta heti sen ilmaantuessa -ilmoittamaan hoitajille ajoissa kivusta 	kivusta kertominen	kivunhoidon mahdollistaminen
<ul style="list-style-type: none"> -pyytämään kipulääkettä -kehotan pyytämään lääkettä, ennen kuin kipu yltyy -ohjaan pyytämään kipulääkettä, ennen kuin kipu yltyy -ilmoittamaan ajoissa kipulääkkeen tarpeesta -kipulääkettä pitää pyytää ajoissa ja tarpeeseen -pitää olla aktiivinen pyytämään -kehotan pyytämään lääkettä ajoissa -suosittelen säännöllistä ja riittävää käyttöä alkuun -kipulääkettä annosteltavan tarpeen mukaan -muistutan lisäkipulääkkeiden mahdollisuudesta -muistutan, että lääkettä otetaan kipuun 	kipulääkkeen pyytäminen	

<ul style="list-style-type: none"> -ottamaan yhteyttä -soittamaan kelloa -rauhoitan kertomalla, että tarvittaessa lääkärin saa paikalle, ellei kipu helpota 	<p>tiedonkulku hoito- henkilöstölle ja yhteistyö henkilöstön kanssa</p>	
<ul style="list-style-type: none"> -riittävä kipulääkitys parantaa ja nopeuttaa myös kuntoutumista ja liikkeelle lähtöä -kipua helpompi hoitaa nopeasti reagoitaessa 	<p>tiedot riittävän kivunhoidon hyödyistä</p>	
<ul style="list-style-type: none"> -lääkkeiden eri antomuodoista, vaikutustavoista kertominen -kerron kivunhoidon vaihtoehtoista -kerron nykyisestä lääkityksestä ja mitä lääkettä saa lisää tarvittaessa -kerron tarvittaessa eri lääkkeiden vaikutuksista -ohjaus on selkeää, käydään läpi vaikutukset ja muistutetaan vaikutusajoista sekä mitä lääkettä voi ottaa samaan aikaan -kipulääkkeen vaikutusajasta -listalla menevien pitkävaikutteisten ja tarvittavan nopeavaikutteisten lääkkeiden eroista ja molempien tarpeellisuudesta -käydään läpi sivuvaikutukset lääkkeistä -kerron mahdollisista sivuvaikutuksista -mahdollisista sivuvaikutuksista ja miten niitä voi helpottaa -kipulääkkeiden käyttö; annosteluohjeet, lääkkeiden yhteiskäyttö 	<p>lääkkeellinen kivunhoito</p>	<p>kivunhoidon menetelmien ohjaus</p>

<ul style="list-style-type: none"> -tärkeää myös huomioida lääkkeettömän hoidon muodot -asentohoidon ohjaus, kylmähoidon käyttö -asentohoidosta ja paineen seurauksesta (esimerkiksi kantapäät) -miten itse hoitaa kipua (esimerkiksi asento) -kerron kivunhoidon vaihtoehtoista -kerron muista kuin lääkinnällisistä keinoista -kerron asento- ja kylmähoidon sekä muiden lääkkeettömien hoitojen käytöstä -miten kipuun voi itse vaikuttaa ennaltaehkäisevästi -ohjataan asentohoitoa, kylmähoitoa 	lääkkeetön kivunhoito	
<ul style="list-style-type: none"> -kertomaan lääkkeen vasteen -kertomaan mahdollisista haittavaikutuksista 	kertomaan lääkehoidon vasteen ja haittavaikutukset	kivun lääkehoidon vaikutuksen seuranta
<ul style="list-style-type: none"> -sopivaa määrää liikkumista 	liikunnan määrä toipumisvaiheessa	toipumiseen liittyvä ohjaus
<ul style="list-style-type: none"> -kivun helpottaessa voidaan lääkkeet jättää pois hiljalleen -lääkityksen vähentäminen asteittain 	lääkehoidon toteutus toipumisvaiheessa	
<ul style="list-style-type: none"> -kotiin lähtiessä kivunhoidon maksimirajat -> jos paukkuvat niin milloin yhteyttä osastolle tai terveyskeskukseen 	hoidon jatkuvuus toipumisvaiheessa	

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO KYSYMYKSESTÄ 20

Kerro, mitä asioita kirjaat potilaan kivunhoidosta		
Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> -kivunhoidon ohjaus -lääkehoidon ohjaus -ohjausta 	hoitoon liittyvä ohjaus	ohjaus
<ul style="list-style-type: none"> - potilaan kertoma kipu - potilaan kertomus kivusta - potilaan kuvaus kivusta -potilaan kipukuvaus - kivun kuvaus - kivun sijainti - kivun voimakkuus - kivun laatu - kivun kesto - missä kipu tuntuu - millaisena kipu tuntuu - mitkä asiat vaikuttavat kipuun (hengittäminen, liike, asento) - kiputilanteet 	potilaan arvio kivusta	kivun arviointi
<ul style="list-style-type: none"> -vaikuttaako potilas kivuliaalta -miltä potilas näyttää ennen lääkettä -onko pärjännyt vuoron ilman kipulääkkeitä 	kivun havainnointi	
<ul style="list-style-type: none"> -kivun arviointi -VAS-asteikko 	kipumittarien käyttö	

<ul style="list-style-type: none"> -annettu kipulääke -lääkkeen antaminen -annetut lääkkeet -mitä lääkettä annettu -kipulääkkeen nimen -lääke -antotapa -lääkemuoto -millä annoksella -annos -määrä -vahvuus -miksi lääke annettu -mihin vaivaan -mihin lääke otetaan -milloin annettu 	lääkehoidon toteutus	kivunhoidon toteutus
<ul style="list-style-type: none"> -lääkkeettömät menetelmät -lääkkeetön kivunhoito -lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö -kylmähoidon -kylmä- ja asentohoito 	lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät	
<ul style="list-style-type: none"> -vaikutuksen seuranta -hoidon tehoa -onko saatu toivottu vaikutus -kipulääkkeen vaikutuksen arviointi, suullinen palaute/havainnointi -vaikuttiko annettu lääke -auttoiko lääke 	lääkehoidon vaikutuksen arviointi	kivunhoidon vaikutuksen arviointi

-lisälääkkeen tarve		
-tuliko sivuvaikutuksia		
-lääkkeettömien menetelmien vaikutuksen arviointi	lääkkeettömän hoidon arviointi	

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO KYSYMYKSESTÄ 29

Mitkä tekijät haittaavat kivunhoidon toteutusta työssäsi?		
Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
-kiire	kiire	organisaatiotekijät
-tehtävien keskeytykset	rajalliset resurssit	
-rajalliset resurssit		
-lääkelistalla ei ole tarvittavia kipulääkkeitä	lääkärin tavoittelu	henkilöstöön liittyvät tekijät
-lääkärin tavoitteleminen		
-erilaiset käytännöt kivunhoidossa	eriävät käytännöt	
-asenteet	asenteelliset tekijät	asenteet
-kivun vähättely		
-raportoinnin puute	puutteellinen kommunikaatio	kommunikointi
-potilas ei kerro ajoissa kivustaan		

SISÄLLÖNANALYYSITAUUKKO KYSYMYKSESTÄ 33

Minkälaisia kehittämisideoita sinulla olisi osastoillenne koskien kivunhoitoa?		
Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
-lisäkoulutus -koulutuksia -enemmän koulutusta -lisäkoulutusta -koulutukset muuttuneista hoitokäytännöistä -osallistumismahdollisuus koulutuksiin	mahdollisuus saada lisäkoulutusta	lisäkoulutus
-asennekasvatusta -yksilöllinen kivunhoito	suhtautumistapa	suhtautuminen
-selkeät yhtenevät ohjeet -hyvät kipulääkemääräykset lääkäreiltä -uusien työntekijöiden parempi perehdyttäminen -kipulääkityksen tarkka kirjaaminen	yhtenevät ohjeet	yhtenäistäminen
-lääkehuoneen rauhoittaminen -työnjaon keskittäminen	toimivat käytännöt	

TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijät	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimusmenetelmä	Tulokset
Grommi, S. 2015. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.	Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla	Tarkoituksena oli kuvata kirjaamisen toteutumista kivun arvioinnin, hoidon ja kivunhoidon prosessimallin toteutumisen osalta. Tutkimuksen aineisto kerättiin alaraajaohitettujen potilaiden sähköisistä potilasasiakirjoista kahdesta keskussairaalaasta vuosina 2012–2013 (N=100). Tutkimukseen käytettiin suositusten pohjalta rakennettua strukturoitua analyysirunkoa. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivis-deduktiivista sisälönanalyysiä sekä kvantifioimalla ja analysoimalla tilastollisten menetelmien avulla.	Lääkemääräyksen tekijä sekä käytetty kivunhoitomenetelmä oli kirjattu lähes kaikilla potilailla, ja melkein jokainen heistä sai suun kautta annettavaa kipulääkettä. Kirjaaminen osoittautui puutteelliseksi ja epäsystemaattiseksi. Vain joka kymmenennen potilaan kivunhoidon prosessia oli arvioitu kirjauksissa, ja yksi viidestä sai ohjausta kivunhoidosta. Vain yhden prosentin potilasasiakirjamerkinnoissa näkyi kipua arvioitun leikkauspäivänä sekä kahdena seuraavana päivänä levossa ja liikkeessä validoidun mittarin avulla. Merkinnot käytetystä mittarista puuttuivat kaikista kirjauksista. Potilaan luonnehdinta kivun sijainnista oli merkitty 28–19%:lla, vaihdellen eri postoperatiivisinä päivinä.
Lipponen, K. 2014. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.	Potilasohjauksen toimintaedellytykset	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Aineistoa on kerätty vuosina 2003 sekä 2006 strukturoidulla kyselylomakkeella erikoissairaanhoidon (n=203) sekä perusterveydenhuollon (n=377) henkilöstöltä. Analyysissä hyödynnettiin tilastollisia perus- ja monimuuttujamenetelmiä sekä sisällön analyysiä. Tutkimuksen viimeisen osan aineisto kerättiin vuonna 2007 haastattelemalla kehittämistyöhön osallistunutta henkilöstöä(n=24). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Vastausprosentit tutkimuksen eri vaiheissa olivat 67% (kirurgiselle henkilöstölle suunnattu kyselylomake) ja 54% (perusterveydenhuollon henkilöstölle suunnattu lomake).	Suurimmalta osin hoitohenkilöstö arvioi omat ohjausvalmiutensa hyväksi. Tiedollisia valmiuksia arvioitiin pääosin hyväksi, mutta parannettavaa löytyy muun muassa hoidon riskien, lääkityksen, hoitovaihtoehtojen sekä toipumisen osalta. Suullinen ohjaus oli valtaosalla hyvää niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin. Kirjallisten ohjausten käyttö hallittiin toiseksi parhaiten, kun taas audiovisuaalinen ohjauskeino oli käytössä vain alle kolmanneksella, joista pieni osa arvioi taitonsa menetelmän osalta hyväksi. Erikoissairaanhoidon vastaajista kaikki ilmoittivat asenteen ohjaamista kohtaan myönteiseksi, perusterveydenhuollossa lähes kaikilla oli myönteinen asenne. Eri ohjausmenetelmien käyttöä tulisi kuitenkin lisätä ja ohjausta monipuolistaa. Vastausten mukaan hoitohenkilöstö arvioi ottavansa huomioon potilaslähtöisyyden. Resursseja (ohjaukseen käytettävää aikaa, tiloja ja välineistöä) voitaisiin kehittää.

<p>Pätäri, J. 2014. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p>	<p>Sairaanhoitajien käsitteitä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli saada tietoa kivunhoidon toteutuksesta sekä kehittämishaasteista päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimusaineisto koostuu keväällä 2014 toteutettujen haastatteluiden materiaalista (n=20). Taustatietoja kartoitettiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.</p>	<p>Kivun arvioinnin ja havainnoinnin merkitys korostui. Potilaan oma arvio kivusta koettiin merkitykselliseksi, samoin kuin sairaanhoitajan toteuttama kivun arviointi pohjautuen potilaan ilmeisiin ja eleisiin. Haasteelliseksi koettiin tietyt potilasryhmät, kuten päihteiden käyttäjät, muistisairaat sekä muista kulttuureista tulevat potilaat. Kiire, puutteelliset olosuhteet sekä hoitohenkilöstön vähyyks nousivat esille kivunhoidon laadukkuutta estävänä tekijänä. Kivunhoitoa toteutettiin monenlaisilla menetelmillä, ja psyykkisen tukeminen koettiin muiden menetelmien ohella merkitykselliseksi. Kehittämisideoiksi nousi käytäntöjen yhtenäistämisen ja kipulääkitysprotokollan laatimisen lisäksi kivunhoidon lisäkoulutukset sekä vastuun tehokkaampaa jakamista kivunhoidon osalta.</p>
<p>Salo, P. 2010. Pro gradu. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.</p>	<p>Sairaanhoitajien käsitteitä leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyöstä ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien käsityksiä leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyöstä ennen ja jälkeen aiheeseen kuuluvan täydennyskoulutuksen. Tavoitteena oli kuvata mahdollisia yhtäläisyyksiä ja eroja sairaanhoitajien leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön käsityksistä. Tulos saatiin keräämällä käsitekarttoja ennen sekä jälkeen täydennyskoulutuksen leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön täydennyskoulutukseen osallistuneilta sairaanhoitajilta. Otos N=12. Käsitekartat analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen sairaanhoitajien käsitykset kivun hoitotyöstä olivat yhteneväisiä kivun hoitotyön keskeisimpien käsitteiden näkökulmasta. Eroavaisuuksia havaittiin käsitteiden yksityiskohtaisessa sisällössä. Sairaanhoitajien leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön käsityksiä kuvattiin ydinkategorioilla, joita olivat potilas, hoitaja, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus- ja ohjaussuhde, potilaan kipu, potilaan kivun voimakkuuden arviointi ja leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön toteutus. Eroavaisuuksia esiintyi ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen ydinkategorioita tarkentavissa alakategorioissa, joista suurimmat esiintyivät kivun hoitotyön toteutuksen ydinkategoriassa.</p>
<p>Tiippana, E. 2010. Academic dissertation. University of Helsinki. Faculty of Medicine.</p>	<p>From improved management of acute pain to prevention of persistent postoperative pain.</p>	<p>Tutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena ja tavoitteena oli tutkia akuutin postoperatiivisen kivun voimakkuutta ja leikkauksen jälkeisen kroonisen kivun esiintyvyyttä sekä etsiä mahdollisuuksia vaikuttaa niihin. Tutkimuksessa käytettiin esimerkkeinä torakotomia sekä laparoskooppista sappirakon poistoleikkausta. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli arvioida lievempien kipulääkkeiden tehokkuutta postoperatiivisen kivun hoitotyössä. Tutkimus jaettiin viiteen osaan, joista osat I (n=111) ja IV (n=30 ja n=111)</p>	<p>Kivunhoidon laajennettu protokolla sairaalassa, joka kattaa myös subakuutin vaiheen potilaan kotona, koettiin tärkeämmäksi kivunhoidon menetelmäksi kuin mikään yksittäinen kipulääke itsessään akuutin ja pitkittyneen postoperatiivisen kivun hoidossa keuhkoleikkauksen sekä laparoskooppisen sappirakon poistoleikkauksen akuutin vaiheen jälkeen. Pahoinvointilääkkeiden yhdistäminen multimodaalisiin kivunhoidon menetelmiin ja tulehduskipulääkkeisiin tai parasetamoliin mahdollisti sujuvan avohoidon laparoskooppisen sappirakon poistoleikkauksen läpikäyneillä potilailla.</p>

		<p>kohdistuivat potilaisiin, jotka olivat läpikäyneet keuhkoleikkauksen, osat II (n=160) ja III (n=22) kohdistuivat laparoskooppisen sappirakon poistoleikkauksen läpikäyneisiin potilaisiin ja osa V (n=36) kohdistui terveisiin miehiin. Tutkimuksissa I, II, III ja IV potilaiden postoperatiivisen kivun hoito eri kipulääkkeitä käyttämällä osoitautui tehokkaimmaksi. Aineistoa kerättiin haastattelemalla potilaita.</p>	
<p>Tähtinen, T. 2007. Pro gradu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.</p>	<p>Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitohenkilöstön tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tarkastelun kohteena oli lisäksi ohjausmenetelmien hallinta, ohjaustapahtuman kulku ja puutteet. Aineisto (N=212) kerättiin kyselylomakkeella vuoden 2006 syyskuussa Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstöltä. Vastausprosentiksi saatiin 73%. Tutkimuksessa hyödynnettiin kvantitatiivista lähestymistapaa. Analyysi toteutettiin hyödyntäen frekvenssi-, ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia, keskiarvomuuttujia sekä summa-</p>	<p>Tuloksista on havaittavissa yhteys vastaajien työkokemuksenpituudessa suhteessa tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin. Sairauteen ja sen hoitoon liittyvät tiedot arvioitiin hyviksi, samoin kuten taidolliset valmiudet ohjaustaitojen, itsehoidon ohjaustaitojen ja vuorovaikutuksen osalta. Myös asenteellisten valmiuksien osalta tulos oli positiivinen. Hoitohenkilöstön näkökulmasta potilaan jatkohoitoon liittyvät tiedot arvioitiin tyydyttäväiksi. Taidollisesti parannettavaa arvioitiin olevan myös ohjaustilanteen arvioinnissa. Ohjausmenetelmien osalta vuorovaikutukselliset menetelmät hallittiin hyvin, kun taas teknisten apuvälineiden käyttö arvioitiin heikommaksi. Kehittämisasiat koskivat etenkin aika-, ja henkilöstöresurssien parantamista, ohjausmenetelmien kehittämistä, toimivia tiloja sekä lisäkoulutusta.</p>
<p>Vaajoki, A. 2012. Academic dissertation. University of Eastern Finland. Faculty of Health Sciences.</p>	<p>Postoperative Pain in Adult Gastroenterological Patients – Music Intervention in Pain Alleviation</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia musiikin vaikuttavuutta aikuisten potilaiden postoperatiivisen kivun voimakkuuteen ja epämiellyttävyyteen levossa, syvään hengittäessä ja asentoa vaihtaessa. Tutkimuskohteena olivat myös vaikutukset fysiologisiin tekijöihin, kipulääkityksen kulutukseen sekä haittavaikutuksiin ja sairaalassaoloaikaan. Aineisto on kerätty 3/2007–4/2009 välisenä aikana Kuopion sairaalassa maha- tai suolistoleikatulta, valintakriteerit täyttäviltä potilailta. N=168. Analyysissä on käytetty kuvailevia tilasto- ja muuttujamenetelmiä sekä laadullista sisällön analyysia.</p>	<p>Kaikkina kolmena leikkauksen jälkeisinä päivinä hengitystiheyden todettiin olevan testiryhmällä kontrolliryhmään nähden alhaisempi ja laskujohteinen. Toisena päivänä myös kivun voimakkuus ja epämiellyttävyys olivat musiikkiryhmällä vertailuryhmään nähden lievemmit le-vossa, asentoa vaihtaessa ja syvään hengitettäessä. Toisena päivänä tuloksia nähtiin lisäksi verenpaineessa, jolloin testiryhmän arvot olivat kontrolliryhmää alhaisemmat. Musiikkia kuunnelleet potilaat toivat ilmi kokemuksen positiivisena ja miellyttävänä kuvaillen sitä rentouttavaksi sekä unettavaksi. He kokivat musiikin nopeuttavan ajankulua sekä vie-vän ajatuksia kivusta ja epämiellyttävistä asioista. Merkittäviä tilastollisia eroja ei saatu kipulääkkeiden määrän tai sairaalassaoloajan suhteen.</p>

<p>Väänänen, A. 2008. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.</p>	<p>Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kivun kirjaamista sähköisessä potilaskertomuksessa ja arvioida Suomalaisen Hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) soveltuvuutta kivun hoidon kattavaan kirjaamiseen. Tutkimusaineisto (n=3432) koostui Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin "Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli" –projektin konservatiivisen osaston vuoden 2005 sähköisistä potilaskertomuksista. Aineistoa lähestyttiin kvantitatiivisella tutkimustavalla, aineisto pohjautui sisälönanalyysiin sekä kvalifikaatioon.</p>	<p>Tulosten mukaan kirjaamisessa esiintyi vaihtelua. Narratiivinen kirjaaminen, eli vapaamuotoinen ja kuvaava kirjaus, jäi vähemmälle, kun taas tutkimuksessa käytetyn luokituksen pää- ja alaluokkia käytetään kivun hoidon kirjaamisessa paljon. Kivun arviointi oli eniten (n=2860) ja Kivunhoitoon liittyvä ohjaus vähiten (n=11) käytetty luokka. Kivun voimakkuuden mittaamisesta vain 35%:ssa kirjauksista oli narratiivista kuvailevaa tekstiä, ja kivun voimakkuuden mittareita ei juuri käytetty arvioinnissa. Kirjaukset liittyivät useimmin kivun sijaintiin sekä siihen, oliko potilaalla kiputunteita vai ei. Usein kirjauksessa oli pelkkä maininta annetusta kipulääkkeestä ilman selvennystä kivusta. Myös väärin päätettiin alaluokkien alle oli tehty kirjauksia.</p>
<p>Wong E. M.-L., Chan S. W.-C. & Chair S.-Y. 2010. Academic dissertation. Journal of Advanced Nursing 66(5).</p>	<p>Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia potilasohjauksen, eräänlaisen koulutuksellisen intervention (tietoa kivusta, selviytymiskeinoista ja hengitysentoutumisharjoituksista) vaikutusta kivun asteeseen, ahdistukseen ja toimintakykyyn ortopedisillä potilailla. Tulos saatiin käyttämällä kivun voimakkuutta, ahdistusta, toimintakykyä, sairaalajakson pituutta ja kipulääkkeiden käyttöä selvittävillä mittareilla. Otos: 226 potilaan kelpoisuus tutkimukseen arvioitiin, 125 oli kelpoisia ja suoritti tutkimuksen-> vastausprosentti 55,3%. Koeryhmä n=62 ja kontrolliryhmä n=63. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Mittareita käytettiin ennen toimenpidettä sekä kaksi, neljä ja seitsemän vuorokautta leikkauksen jälkeen sekä vielä yhden ja kolmen kuukauden jälkeen. Koeryhmällä todettiin kontrolliryhmäisiä lievemmät kivut, vähemmän ahdistusta ja sairaalassa olon aikana parempi toimintakyky ennen seitsemättä vuorokautta. Kontrolliryhmä tarvitsi enemmän kipulääkitystä vain toisena päivänä. Sairaalahajon pituudessa ei juuri ilmennyt eroja. Kolmannen kuukauden arvioinnissa ahdistus todettiin tilastollisesti merkittävästi koeryhmän eduksi.</p>